

診療情報提供書 (栄養指導用)

JCHO 仙台南病院

FAX受付票

年 月 日

[紹介元医療機関の名称・所在地]	TEL _____
	FAX _____
	医師名 _____

(ふりがな)

患者氏名 _____ 様 性別: 男・女 M・T・S・H 年 月 日 歳

〒

患者住所 _____ 電話番号 _____

* 当院への受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)

JCHO 仙台南病院

内科 ・ 循環器科外来 担当医宛

受診希望日 (第一希望) 年 月 日 () (第二希望日) 年 月 日 ()

①13:45~ ②14:30~ ③15:15~ ①13:45~ ②14:30~ ③15:15~

《傷病名》

《紹介目的》 栄養指導

《既往歴》

《患者情報》

身長 _____ c m 体重 _____ k g

《栄養指導内容》

糖尿病食 脂質異常症食 減塩食

肝臓食 腎臓食 その他 (_____)

指示エネルギー _____ kcal/日 たんぱく質 _____ g/日 塩分 _____ g/日

《検査結果》 貴院、検査値のFAXをお願いいたします。

《現在の処方》

FAX初診受付時間：平日8:30 ~16:30 受付番号 022-306-1741

○お忙しい中、誠に申し訳ございませんが、記入漏れのないようお願い申し上げます。

○栄養指導は月～金 午後3枠 設けております。(祝日を除く)

①13:45~ ②14:30~ ③15:15~

○ご予約、その後の変更、取り消しがございましたらご連絡をお願いいたします。

ご紹介ありがとうございました。

JCHO 仙台南病院
地域連携室

TEL022-306-1740
FAX022-306-1741