

年 月 日

FAX栄養食事指導申込書

独立行政法人国立病院機構千葉医療センター 千葉東病院	
地域医療連携室 行	受付時間: 平日8:30~17:00
FAX 043-264-3356 TEL 043-264-3116	

患者情報	ふりがな	性別
	氏名	男 ・ 女
	生年月日	電話番号(連絡が必ずつく番号)
	年 月 日生	- -
千葉東病院 受診歴 あり ・ なし		
貴院情報	医療機関名	電話番号
		- -
	医師名	FAX
		- -
指導内容	指導対象病名 ()	
	身長 _____ cm 体重 _____ kg	
	1 指示栄養量 エネルギー _____ kcal たんぱく質 _____ g 塩分 _____ g カリウム制限 あり・なし	
	2 その他、指導項目がありましたら、以下にご記入ください。 ()	
指導希望日	3 継続指導が必要な場合、栄養指導を(希望する ・ 希望しない)	
	第1希望 令和 年 月 日 時 分	※予約可能時間 月~金曜日 (年末年始・祝日を除く)
	第2希望 令和 年 月 日 時 分	① 9時00分 ② 9時30分
	第3希望 令和 年 月 日 時 分	③ 10時00分 ④ 10時30分
検査データ	測定されているデータのみで結構です。データを添付し送信して頂いても構いません。	
	血糖 _____ mg/dl (空腹時、食後)	HbA1c _____ %
	Tcho _____ mg/dl	HDL-cho _____ mg/dl LDL-cho _____ mg/dl
	TG _____ mg/dl	TP _____ g/dl ALB _____ g/dl
	BUN _____ mg/dl	尿酸 _____ mg/dl Cre _____ mg/dl K _____ mEq/l

予約申込の流れ

- ①上記に必要事項をご記入の上、FAXにて当院連携室宛にお送りください。
(誤送信等防止のため、お手数ですが確認のお電話をお願いいたします)
- ②FAX受領後、ご予約日時が確定しましたら「予約案内書」を貴院宛にFAX致しますので、患者さまにお渡しください。
- ③当院へは「予約通知書」「栄養食事指導予約表」「保険証」「診療情報提供書」「検査結果の推移が分かる資料」「各種公費受給者証(該当患者様のみ)」を持参してお越しください。