

泉大津急性期メディカルセンター
診療情報提供書（兼）栄養指導依頼書

《心疾患用》

年 月 日

医療機関名

医師名

印

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
患者氏名		年齢	歳	性別	男・女	
		身長	cm	体重	kg	
住所	〒 - (TEL)					

紹介目的	貴院の管理栄養士による外来栄養指導を受ける目的で上記患者様を紹介します。
傷病名	<input checked="" type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他()
指導日時	希望の日時を選択してください(複数選択可) <input type="checkbox"/> 月曜日 午前 <input type="checkbox"/> 金曜日 午後

既往歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他()
指示 栄養量	※栄養量はこちらで算出します。 特別に指示がある場合は連絡事項に記載ください。
その他 指導項目	<input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 脂質コントロール <input type="checkbox"/> 体重コントロール <input type="checkbox"/> 飲水制限(ml) <input type="checkbox"/> その他()
連絡事項	・目標体重()kg ・飲酒(可・不可) ・運動(可・不可)

※指導当日に採血結果が必要となりますので、採血結果を患者様にお渡しください。

地域医療連携室

〒595-0031 大阪府泉大津市我孫子97-1

TEL:0725-58-8235

FAX:0725-58-8238

2024年12月1日作成