

連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書（紹介元医療機関→聖母病院）

聖母病院 連携栄養指導担当 宛

〒161-8521 東京都新宿区中落合 2-5-1

TEL:03-3951-1905(栄養科直通)

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

①太枠の中をご記入ください

フリガナ		男 女	生年 月日	西暦	
患者 氏名				年 月 日 (歳)	
住 所	〒		電 話	(自宅) (携帯)	
聖母病院の受診歴 有 (診察券番号) ・ 無 ・ 不明					
病 名	糖尿病 ・ 高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 心臓病 ・ 慢性腎臓病 その他()			身体 状況	身長: cm 体重: kg
指示 栄養量	※指示栄養量のご記入ください。特に指示がない場合は未記入で結構です エネルギー(kcal) : 1200 ・ 1400 ・ 1600 ・ 1800 ・ その他() ☐ たんぱく質制限 _____g ☐ 脂質制限 _____g ☐ 塩分制限 _____g 未満 ☐ 水分制限 _____ml/日 ☐ その他 _____				
予約 希望日	診察時間は水曜日・木曜日の午後 ※原則、ご希望日は1週間以後をご記入ください				
	第1希望 _____月_____日	第2希望 _____月_____日	第3希望 _____月_____日		

②直近の採血データを添付の上、連携栄養指導申込書を下記番号へ FAX ください

FAX 送信先 : 03-3951-1905 (栄養科)
受付時間 : 平日 9 時～16 時 (上記時間外は翌営業日の返信となります)

③連携栄養指導の予約は下記の通りです (聖母病院から患者様に、お電話にて日時をお伝えします)

予約日時 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) _____ :
【受診患者様への留意事項】 ・1 階 初再診受付(1 番窓口)に予約時間の 15 分前までにお越しください ・初回の栄養指導は診察後に行います ・お持ちいただくもの マイナンバーカード(保険証)、各種医療証、(お持ちの方は)聖母病院診察券、 直近の検査データ、お薬手帳または処方内容が分かるもの ・お問い合わせ先 聖母病院栄養科 TEL(直通):03-3951-1905(平日 9 時～16 時)