

診療情報提供書(栄養指導用)

平成 年 月 日

西宮市立中央病院 地域医療連携室 宛

<p>内 科</p> <p>担 当 医 殿</p> <p>(指導希望日) 平成 年 月 日 ()</p> <p>午前: 木・金 午後: 月・水・木・金</p>	<p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>紹介医 (印)</p> <p>電話 () -</p> <p>FAX () -</p>
--	--

ふりがな		生年	M T S H		
患者氏名	様 男・女	歳	月 日	年	月 日
患者住所 〒 -					
電話番号 () -					

病名				身長	cm
指導目的 一般指導・減量・分割食 その他				体重	kg
				標準体重	kg
熱量(カロリー)	塩分(g)	タンパク質(g)	その他	職業	
症状経過				検査数値 (月 日)	
				血糖値	
治療経過				(食後 時間)	
				ヘモグロビン A1c	
現在の処方				コレステロール値	
				中性脂肪	
現在の問題点 など				LDLコレステロール	
				HDLコレステロール	
				血圧	
				その他	

西宮市立中央病院 地域医療連携室 FAX (0798)67-4896

電話 (0798)64-1515 内線 185・186

受付 月曜～金曜 午前8:30～午後7:00