

診療情報提供書（CKD栄養食事指導依頼票） 依頼日 年 月 日

三郷中央総合病院
栄養科 宛

栄養食事指導を申し込みます。

紹介元

住所

医療機関名

医師名

電話

FAX

下記の該当欄にご記入の上、地域連携課（FAX 048-949-2216）まで、FAX をお願いします。

（当日患者さまに持参させて下さい。）

指導予約日： 年 月 日 時 分

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	TEL - -	職業	

主病名	
既往歴 (家族歴)	薬物アレルギー(有・無) 食品アレルギー(有・無)
病状経過 治療経過 検査結果	
栄養指示	身長 cm 体重 Kg エネルギー kcal たんぱく質 g 脂肪 g 塩分 g 必要な項目があればご指示ください。 カリウム制限 有・無 水分量 ml/day アルコール 可・否 コレステロール g 運動 可・否 食物繊維 g 【達成目標】患者さまと相談した目標がありましたらご記入下さい。

※栄養基準指示のご記入がない場合は、身長・体重より栄養量を算定致します。