様式1-2

栄養相談依頼書

ID

（宛先）

名市大　西部医療センター（地域医療連携センター）　**FAX番号（052）856－0049**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名称　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼医師名　　　　 　　　　　　　　　　先生

ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ患者氏名 | 男女 | 明治　大正　昭和　平成　令和　 　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　　所電話（　　　 　　）　　　　　－ |
| 西部医療センター受診歴　　有（ＩＤ 番号　　　　　 　　　　　 　　　　）　**・**　無 |
| **栄養相談は、月曜日と金曜日の午後のみです。希望日時を下記にご記入下さい。****第１希望　　　年　　　月　　　　日（　　）　　　※当日は栄養相談の前に****第２希望　　　年　　　月　　　　日（　　）　　　　総合内科を受診して頂きます。****第３希望　　　年　　　月　　　　日（　　）** |
| **っｖ希望指導内容**　　※☑を入れてください　複数可 |
| □ 糖尿病　□ 糖尿病性腎症　□ 腎臓病　□ 高血圧症　□ 心不全　□ 脂質異常症□ 高度肥満　□ COPD　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※担がん、低栄養(Alb3.0以下)、摂食・嚥下不良も対応可能です**その他配慮すべき情報**□ 独居　　□ 家族同伴希望　　□ 不規則勤務　　□ 認知症あり（ 軽 ・ 中　度）□ 視覚障害　　□ 聴覚障害　　□ 摂食・嚥下障害　　□ その他（　　　　　 　） |
| **特記事項** |
| **当院使用欄**記入しないでください | **月　　　　日　（　　　　）　　　　　　：** |

**注意事項**この依頼書とともに、実近の採血結果を併せて送付してください