

紹介状・診療情報提供書

年 月 日

済生会神奈川県病院 宛
FAX 045-432-1118

医療機関の名称

および所在地

電話番号

ご担当医氏名

栄養相談申込用

患者さま氏名

(男性 ・ 女性)

生年月日 西暦 明 大 昭 平 年 月 日 (才)

患者さまご連絡先 (電話番号)

予約日時 / 月 日 () :

神奈川県病院 受診歴

無 有 不明

※ 身長 cm

体重 kg

IBW = 身長(m)² × 22

<指示栄養量>

可能でしたら
ご記入を
お願い致します。

エネルギー
塩分
その他
()

参考基準

IBW × 25 ~ 30Kcal

Kcal
g

※ 身長・体重は おおよそでも構いませんので、ご記入いただけます様お願いします

病名 (疑い病名、仮病名でも構いませんので必ずご記入ください。)

コメント

継続指導の必要性 あり なし (1回のみ) ・ 患者希望にて継続可

※ 参考データとして直近3ヶ月程度の採血検査データ (時系列分) を添付ねがいます。

* 事前にこちらの書類をFax送信して頂き、ご来院時 当院1階 総合受付にお持ちください。