

(様式1)

栄養食事指導依頼書(栄養管理科設備開放)

岩手県立大船渡病院
地域医療福祉連携室 宛

太枠部分にご記入ください。

フリガナ				性別	男・女
患者氏名					
住所	(岩手県・) (大船渡市・陸前高田市・気仙郡住田町) 市・郡)				
電話番号	()	携帯電話	()		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	(歳)

初回指導希望日時	年 月 日 (水曜日)	<input type="checkbox"/> ① 12:00 ~ 12:30
		<input type="checkbox"/> ② 15:00 ~ 15:30
2回目以降の指導について	希望する・希望しない	※継続指導日時は大船渡病院 栄養管理室で調整します。

検査データ		病名				
FBS	mg/dl					
Hb	g/dl	身体状況	身長	cm	体重	kg
HbA1c	%	栄養指示 (下記の□にチェックをお願いします。)				
TG	g/dl	熱量	<input type="checkbox"/> 1200	<input type="checkbox"/> 1400	<input type="checkbox"/> 1600	<input type="checkbox"/> 1800
HDL-C	g/dl	たんぱく質	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 70
LDL-C	g/dl	脂質	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 50
AST	IU/l	塩分	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> ()
ALT	IU/l	コレステロール	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> ()		
γ-GP	IU/l	カリウム	<input type="checkbox"/> 1500	<input type="checkbox"/> 1700	<input type="checkbox"/> ()	
K	mEq/l	鉄	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> ()
BUN	g/dl	その他 (自由記載)				
CRE	mg/dl					
UA	g/dl					

医療機関名					
住所					
医師氏名					
電話番号	()	FAX番号	()		

地域医療福祉連携室使用欄	IDの有無	<input type="checkbox"/> あり 既存IDを使用	患者ID
		<input type="checkbox"/> なし 新規登録(WW)	-

〔保険情報〕 保険証又は、貴院のカルテの表紙のコピーと一緒にFAXをお願いします。

岩手県立大船渡病院 地域医療福祉連携室

直通FAX 0192(27)7170

電話 0192(26)1111 (内線 6788)