

JCHO東京新宿メディカルセンター 栄養食事指導依頼票 兼 診療情報提供書

患者サポートセンター TEL 03-3269-8115 (月～金8:30～17:00)
 FAX 03-5261-4738

① 医療機関名 (紹介元)

医療機関名 住所・電話	先生
----------------	----

② 栄養指導実施予定日

年	月	日	()	午前・午後	時	分
---	---	---	-----	-------	---	---

③ 診療情報提供書

患者氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日 (西暦)
性別	男 ・ 女	年齢	歳
現住所		電話番号	
臨床診断 (傷病名等)		既往歴	
身長	cm	体重	kg
指示 栄養量	(指示量をご記入ください。特にご指示の無い場合は未記入で結構です) エネルギー(kcal) : 1200 ・ 1400 ・ 1600 ・ 1800 ・ 2000 その他 () 特記事項 ()		
栄養指導 関連病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 高度肥満症 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 膵臓疾患 <input type="checkbox"/> 鉄欠乏性貧血 (BMI30<) <input type="checkbox"/> 消化器術後 <input type="checkbox"/> 十二指腸・胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 腸管機能低下 (潰瘍性大腸炎・クローン病) <input type="checkbox"/> が ん <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 小児食物アレルギー (<9歳) <input type="checkbox"/> その他 : []		

〈患者さまへご案内ください〉

- ①必ず、この書類と健康保険証を持って本館1階「患者サポートセンター」へお越しください。
 当院の診察券をお持ちの方は診察券もお持ちください
- ②1階患者サポートセンターに予約時間の30分前までにお越し下さい。
 (受付が終わりましたら内科外来にご案内いたします)
- ③お持ちいただくもの：保険証、当院診察券(再診の方のみ)、直近の検査データ、本票、お薬手帳
- ④当院は、飯田橋駅下車東口またはB1出口より徒歩4分です
 (総武線、東西線、南北線、有楽町線、大江戸線がご利用いただけます)。
- ⑤キャンセルする場合は、必ず事前にご連絡くださいますようお願いいたします。

(お問合せ先)

東京都新宿区津久戸町5-1 JCHO東京新宿メディカルセンター
 患者サポートセンター 03-3269-8115(直通) (受付時間：月～金8:30～17:00)