

JCHO 東京新宿メディカルセンター 栄養食事指導依頼表 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栄養食事指導予定日

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 (西暦)	年	月	日
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。(特にご指示のない場合は未記入で結構です。) 1kcal - (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<、肥満度+40%<】 <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、またはマイナンバーカード (マイナ保険証) をご持参のうえ、
検査予約時間の30分前までに 当院 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。(受付後に内科外来へご案内いたします。)
 - ②お持ちいただくもの: 健康保険証、またはマイナンバーカード (マイナ保険証)、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。
 - ③検査を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。
- 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。)
(お問い合わせは下記まで)

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)