

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

栄養管理室 TEL 03-3269-8111 (内線 2535) (月～金 8:30～17:00)
患者サポートセンター 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

____月____日 () ____時____分

◆栄養指導の前に診察を行いますので、予約時間の30分前までに
「患者サポートセンター」へお越しください。

③診療情報提供書 ※直近の検査データも同封ください。

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。) 1日あたり(kcal) : 1200・1400・1600・1800・2000・その他 () 特記事項 ()		
栄養指導 関連病名	☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 高尿酸血症 ☐ 心臓疾患 ☐ 高度肥満症 ☐ 腎臓疾患 ☐ 肝臓疾患 ☐ 脾臓疾患 ☐ 鉄欠乏性貧血 【BMI30<、肥満度+40%<】 ☐ 消化器術後 ☐ 十二指腸・胃潰瘍 ☐ 腸管機能低下(潰瘍性大腸炎・クローン病) ☐ がん ☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 小児食物アレルギー(<9歳) ☐ その他:【 】		

〈患者さんへご案内ください〉

●必ずこの書類と直近の検査データ、お薬手帳、マイナンバーカード(マイナ保険証)または健康保険証をご持参のうえ、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。)

●検査をキャンセルする場合は、必ず事前に上記栄養管理室(内線 2535)までご連絡下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)