

JCHO仙台病院 FAX送信票/個別栄養指導予約申込書

FAX 022-378-9135

TEL 022-378-9117

受付時間 平日8:30~17:00

※受付時間外のお申込みについては
原則として翌診療日の対応となります。

【紹介元医療機関】

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

診療科

※ご予約の際は、直近の検査データ(採血・尿)を添付願います。

【患者さん情報】

患者氏名	(フリガナ)	男 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	
	様			年	月	日	()歳		
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(In Body計測不可)		身体計測	身長	cm	体重	kg	BMI	Kg/m ²
住 所	〒 -								
連絡先	電話	-	-	透析有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 月水金 <input type="checkbox"/> 火木土					
	携帯	-	-	来院時の状態: <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子					
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつ頃 年 月頃 科に) <input type="checkbox"/> 不明								

【栄養指導の依頼内容】

依頼区分	<input type="checkbox"/> 新規3回(原則 月1回)⇒診療情報提供書をお願いします。(当院での最終栄養指導日より2年以上経過の場合も含む) 継続: <input type="checkbox"/> 1回のみ <input type="checkbox"/> 2回(1ヶ月1回) <input type="checkbox"/> 3回(2ヶ月1回) <input type="checkbox"/> 一任(患者の意向と理解度に応じて決定)							
主病名	CKDステージ: <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3a <input type="checkbox"/> G3b <input type="checkbox"/> G4 <input type="checkbox"/> G5→原疾患〔 〕 糖尿病: <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 他							
指示栄養量	※具体的な数値目標がある場合のみ、ご記入ください(未記入の場合は、ガイドラインに基づき計算します) エネルギー_____kcal/日 たんぱく質_____g/日 食塩_____g/日 制限項目: <input type="checkbox"/> リン <input type="checkbox"/> カリウム <input type="checkbox"/> 水分_____ml/日 他〔 〕							
依頼目的 コメント	<input type="checkbox"/> CKD進行抑制 <input type="checkbox"/> 減塩 <input type="checkbox"/> 水分管理 <input type="checkbox"/> リン制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 低栄養の予防・是正 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 食事内容の評価							
予約日	月曜日(佐藤光博医師)							
受診希望日	第1希望		第2希望			第3希望		
	月	日()	月	日()	月	日()	時間: <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> どちらでも可	