

診療情報提供書(個別栄養相談申し込み用)

※栄養相談の一週間前までに予約申込をお願い致します。

FAX番号 022-275-5213

年 月 日

直通電話番号 022-275-3195

JCHO仙台病院 宛

科
先生

紹介元医療機関
の名称・所在地

医師名 印

T E L

F A X

患者氏名	(フリガナ)		男・女	生年月日	明・大	年 月 日 歳										
					昭・平											
身長	cm		体重	kg												
電話	自宅・携帯		勤務先名													
	— —		電話													
住所	〒															
当院受歴	新患 ・ 再来 (いつ頃)															
病名	<input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧															
検査値	alb	g /dl	glu	mg/dl	K	mEq/l	BUN	mg/dl	Cre	mg/dl	HbA1c	%	TC	mg/dl	TG	mg/dl
	<input type="checkbox"/> 尿たんぱく			<input type="checkbox"/> 微量アルブミン尿			<input type="checkbox"/> 尿糖									
	必要量/日			kcal			塩分/日			g						
《コメント》																
保険者番号							本人・家族	老人市町 村番号								
記号・番号								受給者番号								
公費番号								受給者番号								

*保険等記載がお手数なときは、貴院のカルテのコピーでも結構です