連携栄養指導申込書　兼　診療情報提供書（医療機関→田川市立病院）

田川市立病院　連携栄養指導担当医　宛

年　　月　　日

紹介元医療機関

医師氏名

ふりがな		生年月日	年　　月　　日
氏　　名	男・女	予約日時	年　　月　　日 時　　分

病　　名	糖尿病　・　慢性腎臓病　・　脂質異常症　・　高血圧症　・　心臓病 その他（　　） 身長　　cm　体重　　kg　　血圧　　/
検査データ	※血液検査データの添付をお願いします □その他
指示栄養量	※指示量がない場合、各病態の診療ガイドラインに沿って指導を行います。 ・熱量（kcal）：　1200・1400・1600・1800・2000・その他（　　） ・たんぱく質（g）：　制限なし・有 → 30・40・50・60・その他（　　） ・食塩制限：　制限なし・有 → 6ｇ未満・その他（　　） ・脂質エネルギー比：　標準25-30％・10％・15％・20％ ・その他：（　　）
備考	※特記事項がありましたらご記入下さい。

連絡先　田川市立病院 医療支援センター　TEL:0947-46-5213　FAX:0947-46-5030