

年 月 日

中国労災病院
地域医療連携室 宛
FAX (0823) 74-6260

<紹介元>
医院名
住 所
TEL
FAX

下記の患者さんについて、栄養食事指導をお願いします。

予約日 年 月 日

栄養食事指導依頼票

以下の項目（二重線内）について記入をお願いいたします。

患者氏名		性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 歳
住 所	〒 -				TEL () -
身 長	cm	体 重	kg	職 業	
<病名>				<検査結果> H . .	
				血糖 ()	
<既往歴>				HbA1c ()	
				HDL-C ()	
				TG ()	
				LDL-C ()	
				AST ()	
				ALT ()	
				γ-GTP ()	
				血圧 (/)	
				()	
				()	
				()	
*検査値は、必要項目のご記入を、お願いいたします。					
<指導内容> ※できれば具体的に記入してください。 例) 糖尿〇〇〇kcal 腓臓 脂肪〇〇g 等					