

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 平成 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	大昭平	年 月 日	歳
住 所	〒					TEL	()
身 長	cm	体 重	kg	職 業			
<病名>					<検査結果> H . .		
<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 膵臓 脂肪〇〇g 等							