# 名古屋市立大学病院
## 栄養指導依頼書 兼 診療情報提供書

**【地域医療連携室】**

**FAX 052-858-7130**

TEL 052-858-7131

平日 8:30～19:00
土 8:30～12:30

紹介元医療機関の所在地および名称

| | |
|---|---|
| 記入日 | 年 月 日 |
| 医療機関名 | |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| 医師氏名 | |

【注意点】
・この依頼書とともに、直近の血液データも併せてFAX送信してください。
・栄養指導は日本語での対応となります。

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 患者氏名 | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 （ 歳） | | |
| 住 所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | （日中に連絡がつく番号をご記入ください）<br>自宅 - - 携帯 - - | | |
| 指導内容 | ※☑を入れてください 複数可<br>☐ 糖尿病 ☐ 糖尿病性腎症 ☐ 腎臓病 ☐ 高血圧症 ☐ 心不全<br>☐ 脂質異常症 ☐ 高度肥満 ☐ がん ☐低栄養 ☐ 摂食･嚥下障害<br>☐ その他( ) | | |
| 指示事項<br>診療情報提供欄 | **その他配慮すべき情報**<br>☐ 独居 ☐ 家族同伴希望 ☐ 不規則勤務 ☐ 認知症あり<br>☐ 視覚障害 ☐ 聴覚障害 ☐ その他( )<br>当院医師と相談して決定致します。<br>身長 cm 体重 kg<br>併存疾患:<br>処方薬: | | |

| |
|---|
| その他 何かございましたらお書きください |
| |

| | |
|---|---|
| 当院受診歴 | ☐ あり(ID: ) ☐ なし |
| 初回希望時間（1回30分程度） | 予約日の日程調整は、名市大が患者さんと直接電話で行います。 |
| 希望回数 | 1回 ・ 2回 ・ 3回 もしくは （ ）か月間 |

＊以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ID No.( ) | 予約登録 | | 予約票送付 | | 紹介患者登録･アクセス権 | |

2025.07