

(宛先)

# 栄養相談依頼書

名古屋市 西部医療センター 地域医療連携センター

FAX 番号 (052) 856 - 0049

紹介元医療機関

医療機関名

医師名

先生

TEL

FAX

依頼日 令和

年

月

日

希望日 (相談時間は 30分程度)	第1希望	年	月	日 ( )	AM	・	PM	
	第2希望	年	月	日 ( )	AM	・	PM	
	第3希望	年	月	日 ( )	AM	・	PM	
指導内容	※ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください 複数可							
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高度肥満 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※担当、低栄養も対応可能です							
指示事項	エネルギー kcal たんぱく質 g 脂質 g 塩分 g							
	その他の栄養素 ( ) g・mg							
診療情報 提供欄	身長 cm 体重 kg							
	併存疾患 :							
フリガナ 患者氏名	男 女	明治 大正 昭和 平成 令和					年 月 日 生まれ	
連絡先電話	【住所】							
西部医療センター受診歴	有 (ID 番号 )					・	無	
当院使用欄 記入しないでください	月 日 ( ) :							

**注意事項** この依頼書とともに、直近の血液生化学検査結果を FAX してください。

お問合せ先 予約に関すること: 地域医療連携センター 052-991-8145

(平日8:45~17:15) 栄養相談の内容に関すること: 栄養管理科 052-991-8121(代表)

名古屋市立大学医学部附属 西部医療センター 名古屋市北区平手町1丁目1-1