診療情報提供書（兼）栄養指導依頼書
《心疾患用》

年　　月　　日

医療機関名

医師名　　印

フリガナ		生年月日	西暦　　年　　月　　日		
患者氏名		年齢	歳	性別	男 ・ 女
		身長	ｃｍ	体重	ｋｇ
住所	〒　　－　　(TEL)				

紹介目的	貴院の管理栄養士による外来栄養指導を受ける目的で上記患者様を紹介します。
傷病名	☑心疾患 ☐その他（　　）
指導日時	希望の日時を選択してください（複数選択可） ☐月曜日　午前 ☐金曜日　午後

既往歴	☐糖尿病　☐腎不全　☐高血圧症　☐脂質異常症 ☐その他（　　）
指示 栄養量	※栄養量はこちらで算出します。 特別に指示がある場合は連絡事項に記載ください。
その他 指導項目	☐塩分制限　☐カリウム制限　☐脂質コントロール　☐体重コントロール ☐飲水制限（　　ｍｌ） ☐その他（　　）
連絡事項	・目標体重（　　）kg　・飲酒（可・不可）　・運動（可・不可）

※指導当日に採血結果が必要となりますので、採血結果を患者様にお渡しください。

府中病院　地域医療連携室　〒5940076　大阪府和泉市肥子町1-10-17　TEL:0725-40-2147（直通）