

柏市食事・栄養相談依頼票(患者紹介状)

FAX送信状兼紹介元控(様式1)

※検査データを添付し、同時にFAXしてください

<<紹介先医療機関名 FAX番号>>
 おおたかの森病院 04-7141-1116
 岡田病院 04-7144-2559
 柏厚生総合病院 04-7145-1262
 柏市立柏病院 04-7134-1504
 新柏クリニック糖尿病みらい 04-7199-4773
 辻仲病院柏の葉 04-7137-6277
 東京慈恵会医科大学附属柏病院 04-7164-1197
 名戸ヶ谷病院 04-7167-7766

※誤送信にご注意ください。

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX

医師名

<<診療科>>
 内科
 その他()

(フリガナ)

患者氏名 様 性別:

住所: 自宅電話番号:

携帯電話番号:

生年月日: 昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業:

病名 糖尿病 脂質異常症 高血圧症 肝機能障害 慢性腎臓病 その他()

症状

発症時期 年 月 頃

その他・特記事項

治療経過

服薬状況 血糖降下剤 + - 降圧剤 + - 脂質異常症治療薬 + -

指示栄養量

- 紹介先医療機関での指示栄養量に準じる
- 指示栄養量あり(一部のみ記載可)

熱量 _____ kcal たんぱく質 _____ g その他 _____
 脂質 _____ g 脂質構成(P/S比) _____
 塩分 _____ g 水分 _____ ml

身長	cm	体重	kg	※検査データ(もしくは特定健診・75歳以上の健診記録票)を添付し同時にFAXしてください。
BMI		血圧	/ mmHg	

※特定健診等により本システムの利用につながった場合は、該当する健診の種類にチェックを入れてください。

- 国保特定健診 柏市75歳以上の健康診査 国保その他の健診 ()
- 職場の健診 その他の健診 ()

備考 ____ヵ月後に当院に受診するようお勧めください。
 定期的に当院に通院しておりますので、受診勧奨の必要はありません。
 その他

連絡先: 自宅・携帯
 連絡可能時間()

<<受診希望日>> 第1希望 月 日 / 第2希望 月 日 / 第3希望 月 日

患者様のご希望にお応えできない場合もありますので、ご了承ください。

紹介先医療機関記載欄	令和 年 月 日 FAX受信しました。 担当 _____
	受診日は 月 日 時 ~ に決定しましたのでご報告いたします。