

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(一部のみ記載も可)

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

BMI

血圧

/

mmHg

※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。

※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。

(令和6年5月改定)