

# 東急病院宛 栄養指導申込書 兼 診療情報提供書(紹介状)

年 月 日

紹介先医療機関

東急株式会社 東急病院  
〒145-0062 東京都大田区北千束3-27-2  
内科 担当医 宛

紹介元医療機関

名称  
所在地  
TEL  
FAX

【ご予約】 TEL:03-3717-7867 (医療連携部門直通)

受付時間 : 月~金 8:45~17:00

医師名

印

【FAX】 本書にご記入のうえ事前にFAXをお願いいたします

FAX:03-3717-4138 (代表)

予約日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分		
フリガナ	(必ず保険証と同じ正しいフリガナをお願いいたします)	生年月日 性別	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) 男・女
患者様氏名			
住所	〒	TEL	

紹介目的	栄養指導
病名・症状等	糖尿病・脂質異常症・肥満症(BMI30以上)・高血圧・心臓病・慢性腎臓病・胃潰瘍 身長_____cm 体重_____kg BMI_____ 血圧_____/_____mmHg
既往歴・家族歴・検査所見・経過・現在の処方等	

指示栄養量 (ご指示のある場合は該当する項目に○印をご記入ください)

エネルギー(kcal)	1200・1400・1600・1800・2000 その他( )
塩分制限(g)	6g 未満 ←必要時に○をつけてください
たんぱく制限(g)	無・有 ⇒ 40g・50g・60g その他( )
脂質制限(g)	無・有 ⇒ 20g・30g (特に制限のない場合は当院の栄養基準にて算出します)
その他 指示事項	

## ～患者さまへのご案内～

【来院時間・場所】 上記予約時間までに初診受付にお越しください

【持ち物】 保険証、紹介状(本票)、問診表(ご記入のうえお持ちください)、東急病院の診察券(お持ちの方のみ)

【当日の流れ】 初診受付⇒内科外来(診察)⇒栄養相談室(栄養指導)⇒お会計