

診療情報提供書

平成 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
 さいたま北部医療センター
 〒331-8625
 埼玉県さいたま市北区盆栽町453
 地域医療連携室 TEL 048-653-7858
 FAX 048-613-3925

貴院の名称
 所在地
 医師名
 TEL (- -)
 FAX (- -)

希望診療科 _____ 内科 _____
 医師名 _____ 黒田 豊 _____

| | |
|---|--|
| 患者氏名 _____ 殿 性別 男 女 生年月日 M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 患者住所 _____ <p style="text-align: center;">TEL _____</p> | *さいたま北部医療センターの受診歴 <p style="text-align: center;">有 ・ 無</p> <hr/> 紹介目的 <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">栄養相談</p> |
|---|--|

| | | | | | | | |
|--|--|---------|--|---------------|---|---------|--|
| 傷病名 _____ <hr/> 既往歴・家族歴 _____ <hr/> 薬剤アレルギー（有・無： _____） <hr/> 症状経過及び検査結果 _____ <hr/> 治療経過 _____ <hr/> 現在の処方 _____ | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">栄養相談指示票</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">指示 栄養 量</td> <td style="padding: 5px;"> 熱量 <hr/> 蛋白質 <hr/> 脂質 <hr/> 炭水化物 <hr/> 塩分 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">その他指示事項</td> </tr> </table> | 栄養相談指示票 | | 指示 栄養 量 | 熱量 <hr/> 蛋白質 <hr/> 脂質 <hr/> 炭水化物 <hr/> 塩分 | その他指示事項 | |
| 栄養相談指示票 | | | | | | | |
| 指示 栄養 量 | 熱量 <hr/> 蛋白質 <hr/> 脂質 <hr/> 炭水化物 <hr/> 塩分 | | | | | | |
| その他指示事項 | | | | | | | |

備考 1. 症状の安定により、貴院への逆紹介を希望（する しない）
 2. 必要がある場合には、画像診断フィルム、検査記録の添付をお願いいたします。
 *画像診断フィルム、検査記録の添付の有無
画像診断フィルム 検査結果伝票 心電図記録など その他（ ）

献立記入表

氏名

指示カロリー

kcal(

単位)

第 1 日 目

第 2 日 目

| 献立名 | | 食品名 | 分量 (g) | 目安量 | 献立名 | | 食品名 | 分量 (g) | 目安量 |
|-----|--|-----|-----------|-----|-----|--|-----|-----------|-----|
| 朝食 | | | | | 朝食 | | | | |
| 昼食 | | | | | 昼食 | | | | |
| 夕食 | | | | | 夕食 | | | | |
| 間食 | | | | | 間食 | | | | |

