

栄養相談用 FAX検査予約申込書 兼 診療情報提供書  
FAX:048-613-3925

令和 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宮原町1-851  
地域医療連携室 TEL 048-653-7858

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 <u>殿</u> 性別 <u>男</u> 女	*さいたま北部医療センターの受診歴
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 歳	有 ・ 無
患者住所 TEL	紹介目的 <b>栄養相談</b>

第1希望日 : 令和 年 月 日
第2希望日 : 令和 年 月 日
第3希望日 : 令和 年 月 日
いつでもよい

傷病名	栄養相談指示票
既往歴・家族歴	指示栄養量 熱量 蛋白質 脂質 炭水化物 塩分
薬剤アレルギー(有・無: )	
症状経過及び検査結果	
治療経過	その他指示事項
現在の処方	

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				

献立記入表(記入例)

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	備考	献立名		食品名	分量 (g)	目安量	備考
朝食	トースト	食パン	60g	6枚切1枚		朝食					
	サラダ	マーガリン イチゴジャム きゅうり トマト レタス ドレッシング	20g 40g 20g	小さじ半分 小さじ1杯  大さじ2杯							
昼食						昼食					
夕食						夕食					
間食						間食					