

地域栄養サポート外来 紹介・予約依頼書(兼 診療情報提供書)

紹介日

20

年

月

日

FAX用

本紙は、「生活問診票」と一緒に、地域医療連携室(0955-46-2160)へFAXをお願いします。

[FAXいただくもの]

- 本紙(地域栄養サポート外来 紹介・予約依頼書(兼 診療情報提供書)) ● 生活習慣問診票
- 治療薬の情報(*) ● 検査値の情報(*) (*)当日持参でも可

予約希望日

※ 2回目の外来希望日は初回後 2 週間～1 か月以内をご希望ください。

		初回外来日			2回目外来日		
①	第一希望	年	月	日 (火)13:30-14:00	年	月	日 (火)13:30-14:00
②	第二希望	年	月	日 (火)13:30-14:00	年	月	日 (火)13:30-14:00

フリガナ				医療機関名	
氏名				所在地	
生年月日	年	月	日 (歳)		
住所				TEL/FAX	
				医師名	印

身長	cm	体重	kg	BMI	kg/m ²
----	----	----	----	-----	-------------------

【依頼目的 (複数選択可)】

☐ 肥満症 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ MASLD/MASH(脂肪肝)
☐ CKD ☐ サルコペニア ☐ フレイル ☐ 低栄養
☐ その他 ()

【医師が期待する目標】

☐ 体重減少 ☐ HbA1c 改善 ☐ 肝機能改善 ☐ 筋肉量維持・増加 ☐ 塩分制限
☐ たんぱく質摂取改善 ☐ 食習慣改善 ☐ その他 ()

【現在の課題】

☐ 間食が多い ☐ 夜食が多い ☐ 外食が多い ☐ 朝食欠食 ☐ 飲酒量が多い
☐ 運動不足 ☐ 独居 ☐ 調理困難 ☐ 経済的問題 ☐ 認知機能低下
☐ その他 ()

◆ 診断名・治療薬・直近の検査値			
主な診断名	1)	2)	3)

治療薬、検査値については、本紙と併せてFAXいただくようお願いします。

なお、事前提出が難しい場合は、患者様に外来日当日に持参いただくようお願いください。

【栄養士への依頼内容・特記事項】

【お問合せ先】

伊万里有田共立病院 栄養科 枝川、外来看護師 黒髪 TEL:0955-46-2121(代表)