

# 診療情報提供書(栄養指導用)

西宮市立中央病院 患者総合支援センター 宛

西暦 年 月 日

**栄養指導**

(指導日) 西暦 年 月 日 ( )

西暦 年 月 日 ( )

**実施曜日: 月～金曜**

(ただし、水曜の午前は除く)

医療機関名

所在地

紹介医

印

電話 ( ) -

FAX ( ) -

ふりがな		生年	M	T	S	H	R
患者氏名	様 男・女	歳	月	日	年	月	日
患者住所〒							
電話番号( ) -							
当院受診歴の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ 不明 <input type="checkbox"/>							

病名				身長	cm
紹介目的				体重	kg
				既往歴及び家族歴	
熱量(カロリー)	塩分(g)	タンパク質(g)	その他		

症状経過 及び 検査結果 ・ 治療経過 ・ 現在の 処方	【薬剤アレルギー 有 (薬剤名 ) ・ 無】
	※血液検査の結果を添付してください

西宮市立中央病院 患者総合支援センター F A X ((0798)67-4896

電 話 ((0798)64-1540

受 付 月曜～金曜 午前8:30～午後7:00