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

医療機関名
所在地
紹介医　　印
電話（　　）　　－
FAX（　　）　　－

栄養指導
（指導日）西暦　　年　　月　　日（　　）
西暦　　年　　月　　日（　　）
実施曜日：月～金曜
ただし火曜日はご相談ください

ふりがな 患者氏名　　様　男・女　　歳	生年月日	M　T　S　H　R 年　月　日
患者住所〒 電話番号（　　）　　－		
当院受診歴の有無　　有 □　・　無 □　・　不明 □		

病名				身長　　cm
紹介目的				体重　　kg
				血圧
熱量(ｶﾛﾘｰ)	塩 分(g)	ﾀﾝﾊﾟｸ質(g)	その他	既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方	※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

受付　　FAX　(0798)67－4896　月曜～金曜　午前8:30～午後7:00

土曜　　午前8:30～午前12:00

電話　(0798)64－1540　月曜～金曜　午前8:30～午後5:00