

# 診療情報提供書(栄養指導用)

西宮市立中央病院 地域医療連携室 宛

西暦 年 月 日

<b>栄養指導</b>  (指導希望日) 西暦 年 月 日 ( ) 西暦 年 月 日 ( ) <b>実施曜日: 月～金曜</b> (ただし、水曜の午前は除く)
--

医療機関名  所在地  紹介医 <span style="float: right;">印</span> 電話 ( ) - FAX ( ) -
---

ふりがな 患者氏名 <span style="float: right;">様 男・女 歳</span>	生年 月日	M T S H 年 月 日
患者住所〒  電話番号 ( ) -		

病名	身長 <span style="float: right;">cm</span>								
紹介目的	体重 <span style="float: right;">kg</span>								
	既往歴及び家族歴								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">熱量(カリー)</td> <td style="width: 15%;">塩分(g)</td> <td style="width: 15%;">たんぱく質(g)</td> <td style="width: 55%;">その他</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	熱量(カリー)	塩分(g)	たんぱく質(g)	その他					
熱量(カリー)	塩分(g)	たんぱく質(g)	その他						

症状経過 及び 検査結果 ・ 治療経過 ・ 現在の 処方	<p style="text-align: center;">【薬剤アレルギー 有 (薬剤名 ) ・ 無】</p> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--

西宮市立中央病院 地域医療連携室      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