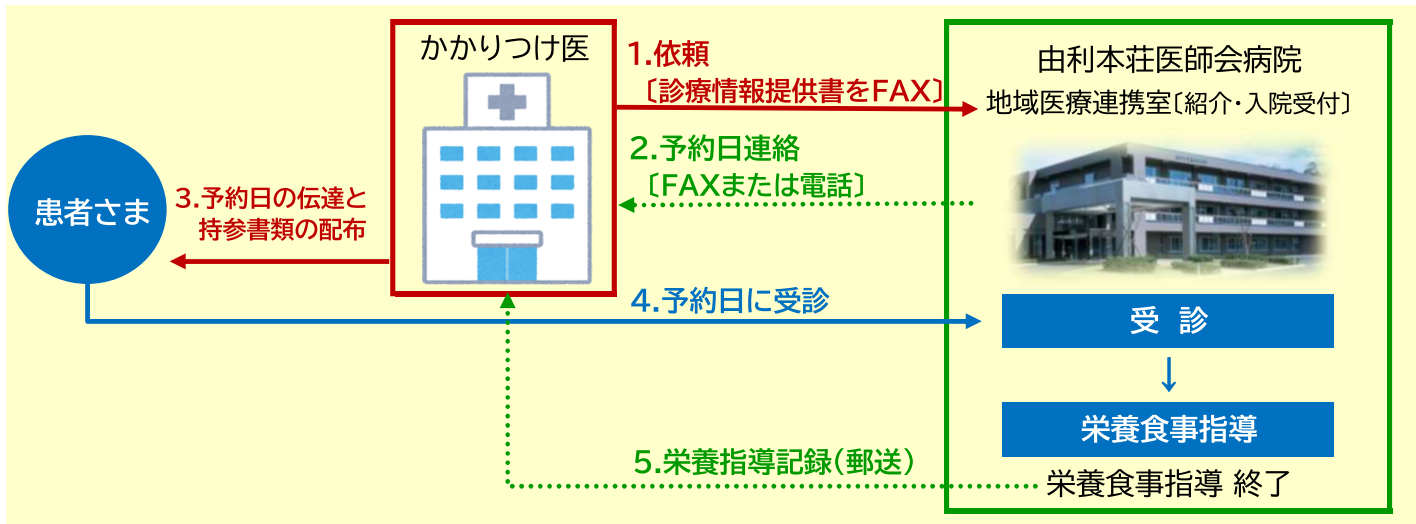


《 かかりつけ医からの紹介で外来栄養指導を実施しています 》

ご依頼方法(完全紹介予約制です。)



1.依頼

- … 地域医療連携室宛てに「診療情報提供書」をFAXにて送付してください。
【 FAX 0184-22-6738 】
※ 外来・栄養食事指導は **毎週火曜日午後2時** に実施しています。
栄養食事指導希望日の記入をお願いします。

2.予約日連絡

- … 記入いただいた希望日に栄養食事指導が実施可能な場合、FAXでこちらから「外来栄養食事指導 実施日のご連絡」を返信いたします。栄養食事指導実施日について調整が必要な場合は、こちらから貴院へ電話連絡させていただきます。ご相談のうえ実施日を決定します。

3.予約日の伝達と持参書類の配布

- … 患者さんに予約日をお伝えする際に、次のものをお渡しいただき、受診当日に持参いただくようお願いください。

- ① 診療情報提供書…FAXしたものの原本を持参ください。
- ② 貴院での直近の検査結果…※当院でも検査は可能です。当院で検査をする場合は不要です。
- ③ 食事記録表(※任意)
…3日間の食事内容を「食事記録表」に記入していただくか、写真やデータでの提出をご指導願います。食事内容の見直しに有効です。

受診当日は、「由利本荘医師会病院 外来受付」にて受付されるようお伝えください。

4.予約日に受診

- … 患者さんは予約日に来院いただき、当院医師の診察後に栄養食事指導を実施します。

5.栄養指導記録(郵送)

- … 栄養食事指導終了後は、速やかに患者さんの栄養指導録をご依頼元の医療機関へ郵送いたします。2回目の栄養食事指導については、必要性の有無を紹介医とご相談させていただいてから実施します。

外来栄養食事指導 相談・申込 兼 診療情報提供書

由利本荘医師会病院 外来栄養食事指導 担当者 宛

医療機関名	
主治医	
連絡先電話番号	

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 昭和
氏名	様		<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 平成
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長	cm	体重 kg

既往歴にチェック☑をお願いします。項目以外の場合は、ご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 膵臓病
<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 貧血		
<input type="checkbox"/> その他	()

栄養指導内容にチェック☑をお願いします。項目以外の場合は、ご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 既往歴に応じた栄養指導			
<input type="checkbox"/> 減塩	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール	<input type="checkbox"/> 低栄養改善	<input type="checkbox"/> 嚥下調整食
<input type="checkbox"/> その他			

栄養指導希望日	年	月	日 (火曜日)14:00~
---------	---	---	---------------

※ 栄養指導希望日に実施可能な場合、FAXでこちらから返信いたします。
栄養指導日について調整が必要な場合は、こちらから貴院へ
電話連絡させていただきます。ご相談のうえ栄養指導日を決定します。

ご記入ありがとうございました。

FAX 22-6738

まで送付をお願いします。