ご紹介患者様 『栄養指導』予約申込書（FAX用紙）

独立行政法人国立病院機構 福山医療センター 医療連携支援センター	◆お申込みの 医療機関名 住　　所 診療科・医師名
TEL：084－922－9951（直通）	必須 （電話番号）
FAX：084－922－2411（直通）	必須 （FAX番号）

受付時間：平日8：30～17：00

◆ご紹介いただく患者さんの情報◆

ﾌﾘｶﾞﾅ		性　別	生　年　月　日
お名前		男　女	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
ご住所	〒　　－		自宅等　（　　）　　－ 携帯電話等　（　　）　　－ ※連絡がつきやすい方に○をつけてください。

旧姓★		当院受診歴★ 有・無・不明

★カルテの重複防止のため確認しています。

◆栄養指導希望日◆

栄養指導希望日
・第1希望　　年　　月　　日（　　）
・第2希望　　年　　月　　日（　　）

※医師、管理栄養士の指定はできません。

◆指示食種◆

※以下の食種が栄養指導対象となります。該当するものに○をつけてください。
※詳細は、福山医療センター栄養指導内容一覧表を参照ください。
※指示事項に関する補足情報等は、備考欄に記載してください。

・糖尿病 ・高度肥満 ・脂質異常症	・1,200kcal　・1,400kcal　・1,600kcal　・1,800kcal　・2,000kcal ・食塩 6ｇ未満
・糖尿病性腎症 ・腎臓病 （食塩 6ｇ未満）	・たんぱく質40ｇ（・1,200Kcal　・1,400Kcal　・1,600Kcal　・1,800kcal ） ・たんぱく質50ｇ（・1,400Kcal　・1,600Kcal　・1,800kcal ） ・たんぱく質60ｇ（・1,400Kcal　・1,600Kcal　・1,800kcal ） ・カリウム制限　1,500ｍｇ以下　・カリウム制限　2,000ｍｇ以下
・心臓病 ・高血圧症 （食塩 6ｇ未満）	・1,200kcal　・1,400kcal　・1,600kcal　・1,800kcal
・膵臓食	・脂質20ｇ（・1,200Kcal　・1,400Kcal　・1,600Kcal） ・脂質30ｇ（・1,200Kcal　・1,400Kcal　・1,600Kcal）
・炎症性腸疾患食 クローン病 潰瘍性大腸炎	・脂質30ｇ（・1,400Kcal　・1,600Kcal　・1,800Kcal） ・脂質40ｇ（・1,400Kcal　・1,600Kcal　・1,800Kcal） ・食物繊維15ｇ以下
備　考	

【予約受付時間　平日8：30～17：00　17：00以降のFAXにつきましては翌平日にご回答いたします。】

※当日、この用紙（栄養指導予約申込書）を必ずご持参下さい。