

(FAX:076-422-4888) ※誤送信にご注意ください。

榮養食事指導依頼書

初回記入日:

フリガナ			
患者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日		
年齢	歳	性別	男 ・ 女
電話番号	[携帯電話]		
	[自宅]		

医療機関名	
電話番号	
F A X	
医 師 名	

※該当項目にチェックをお願いします。

指 導 日 時	西 暦		年	月	日 ()	時	分 ~
栄 養 指 導 指 示 病 名	☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 高血圧症 ☐ 高度肥満症(BMI30以上または肥満度+40%以上) ☐ 痛風・高尿酸血症 ☐ その他 ()						
指 示 栄 養 (減塩食以外必須)	熱 量		kcal (単位)		身 体 状 況	身長	cm 体重 kg
指 示 栄 養 (必要時追加項目)	た ん 白 質 _____ g 脂 質 _____ g 塩 分 _____ g 未満 その他 () 伝達事項 ()						
投 薬 状 況	☐ なし ☐ あり ()						
継 続 指 導 依 頼	☐ 3回実施 ☐ 今回のみ ☐ その他 ()						

指 導 日	西暦 年 月 日 （ ）	投薬：□変更なし □あり
指 示 内 容	☐ 変更なし ☐ 変更あり（下記に記載ください） 記入日：	
指 導 日	西暦 年 月 日 （ ）	投薬：□変更なし □あり
指 示 内 容	☐ 変更なし ☐ 変更あり（下記に記載ください） 記入日：	

毎回直近の血液検査結果を別途添付の上、集配（複写）又はFAXにて予約日の1週間前までにご提出ください。

富山市医師会健康管理センター 健康相談室

TEL : 076-422-4818 FAX : 076-422-4888