

## ②診療情報提供書(栄養相談依頼書)

相模原赤十字病院宛

フリガナ			
患者様氏名	男・女		
生年月日	大・昭・平	年	月 日( 歳)
住所	〒 —		
TEL	( )		
携帯	( )		
身長	cm	体重	kg

医療機関名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_

栄養相談予約時間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分~

栄養相談のご利用に伴い以下の必要事項にご記入をお願い致します。

栄養相談目的	
現病歴	
治療歴	
検査所見	
治療経過	
留意事項等	
添付資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他( )
指導項目 (チェック)	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 高血圧症食 <input type="checkbox"/> 減塩食 ( <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 ) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍食 <input type="checkbox"/> 膵臓食 <input type="checkbox"/> 胆石症 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 高度肥満症 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 消化管術後食 <input type="checkbox"/> 低残渣食 ( <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> クローン病 ) <input type="checkbox"/> 小児アレルギー (9歳未満) <input type="checkbox"/> 先天性代謝異常 ( <input type="checkbox"/> フェニルケトン尿症食 <input type="checkbox"/> メープルシロップ尿症食 <input type="checkbox"/> ホモシスチン尿症食 <input type="checkbox"/> ガラクトース血症食 ) <input type="checkbox"/> その他( )
※熱量	_____ kcal (糖質I補 <sup>+</sup> -比 _____ %)
※蛋白質量	_____ g
※脂質量	_____ g (飽和脂肪酸3) : (一価不飽和脂肪酸4) : (多価不飽和脂肪酸3)
塩分制限	( 5g ・ 6g ・ 7g ・ 8g )
カリウム制限	( 有り ・ 無し )

連絡先 地域医療連携課 042-784-9717 (直通電話)

平日・開院土曜日 8:30~17:00

(FAX 番号)042-784-2551

**相模原赤十字病院**

# 相模原赤十字病院の検査のご案内

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査予約日時 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

検査予約内容 \_\_\_\_\_

1. 検査当日20分前迄に、2階総合カウンターへお越し下さい。 (検査内容によって異なる場合があります。)

## 【来院時の持ち物】

- 1) 「相模原赤十字病院の検査のご案内」(この用紙)
- 2) 「診療情報提供書(検査依頼書)」
- 3) 「保険証」
- 4) 「診察券」(以前に当院受診されている方)

2. 都合が悪く来院できない場合は、必ず地域医療連携課にご連絡ください。

【連絡先】相模原赤十字病院 地域医療連携課  
TEL: 042-784-9717 FAX: 042-784-2551