（様式 1）

栄養食事指導予約申込票

【平成31年4月版】

受付時間 ： 平日AM.8:30 ～ PM.4:30

※ 時間外の対応は、直近平日のAM.8:30以降です！！

岩手県立久慈病院
地域医療福祉連携室
FAX ： 0194－61－1220
TEL ： 0194－53－2171(直通)

【指導曜日及び時間】 毎週 金曜日 1日4回 ①9:00～9:45、②9:45～10:30、③13:00～13:45、④13:45～14:30

貴施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

付随Ｆａｘ
- □ 診療情報提供書（ 必須）
- □ 保険証ｺﾋﾟｰ
- □ 公費負担受給者証のｺﾋﾟｰ
- □電子紹介状(北三陸ネット)
  - □ID-LINK登録・更新済み
  - □登録未(貴施設ID記入必須)

貴施設ID：

診療情報提供書に（ 所定の住所・ 生年月日・ 性別等を） 記載して同時にＦａｘして頂ければ、左半分は記載不要です。

保険証及び公費負担受給者証のｺﾋﾟｰを同時にＦａｘして頂ければ、右半分の記載は不要です。

久慈病院の診察券をお持ちの方は下記に番号記号をご記入く ださい。

受付） 平成 年 月 日

□□□ － □□□□ － □

（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏 名		（旧姓）	男・女
生年月日	明 大 昭 平	年	月 日 才
住 所	〒□□□ － □□□□		
連絡先	自宅（ ） 局 番 電話・有・無 呼出 様方 携帯 － －		
被保険者氏名		続柄	
職業又は勤務先	（ 電話 － － ）		

病院記入欄

本人・家族	本 人	家 族
被保険者証 保険者名		
記 号		
番 号		
資格取得年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	
負担割合		
公費負担 負担種別		
負担者名		
負担者番号		
受給者番号		
資格取得年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	

栄養指導時記入

依頼目的(病名)	・糖尿病 ・脂質異常症 ・高血圧 ・（ ）						
身長 cm	体重 kg	血圧 ～ mmHg					
指示事項	エネルギー kcal	たんぱく質 g	脂肪 g	塩分 g			
検査値	尿糖	血糖値 mg/dl	HbA1c %	TCHO mg/dl	HDL mg/dl	LDL mg/dl	TG mg/dl
	尿蛋白	AST Iu/l	ALT Iu/l	γ-GTP Iu/l	BUN mg/dl	CRE mg/dl	UA mg/dl
投薬等：							
その他連絡事項等：							

※ 患者情報と色掛け部分の記載は必須となります。

受診希望日 〔 無 ・ 有 〕

第1希望月日 ＿月＿日（金 ／① 9:00～9:45 ・② 9:45～10:30・③ 13:00～13:45・④ 13:45～14:30）

第2希望月日 ＿月＿日（金 ／① 9:00～9:45 ・② 9:45～10:30・③ 13:00～13:45・④ 13:45～14:30）

第3希望月日 ＿月＿日（金 ／① 9:00～9:45 ・② 9:45～10:30・③ 13:00～13:45・④ 13:45～14:30）

その他希望事項 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿