

(様式1)

栄養食事指導予約申込票

受付時間：平日AM.8:30～PM.4:00

※ 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：0194-53-6133

TEL：0194-53-2171(直通)

【指導曜日及び時間】 第2・4 金曜日 1日3回 ①9:00～9:45、②9:45～10:30、③10:30～11:15

貴施設名

医師名

☐ 診療情報提供書(必須)

付随Fax ☐ 保険証コピー

☐ 公費負担受給者証のコピー

☐ 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)

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ピーを同時にFaxして頂ければ、右半分の記載は不要です。

貴施設ID：

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

			-						-	
--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--

(フリガナ)											(旧姓)	男・女																		
氏名																														
生年月日	明	大	昭	平			年			月			日	才																
住所	〒 <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
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 - -)																													

本人・家族 被保険者証 入院 公費負担 欄	本人	家族
	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	
	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 たんぱく質 脂肪 塩分 kcal g g g													
	検査値	尿糖	血糖値		HbA1c		TCHO		HDL		LDL		TG		
			mg/dl		%		mg/dl		mg/dl		mg/dl		mg/dl		
	尿蛋白	AST		ALT		γ-GTP		BUN		CRE		UA			
		lu/l		lu/l		lu/l		mg/dl		mg/dl		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 / ①9:00～9:45 ・ ②9:45～10:30 ・ ③10:30～11:15)

第2希望月日 月 日 (金 / ①9:00～9:45 ・ ②9:45～10:30 ・ ③10:30～11:15)

第3希望月日 月 日 (金 / ①9:00～9:45 ・ ②9:45～10:30 ・ ③10:30～11:15)

その他希望事項：