

# 栄養指導のご案内

当院では、地域の皆様へ食生活をサポートするために『かかりつけ医』の先生方から、ご依頼いただいた患者さまに対して、当院の管理栄養士が個別の栄養指導をおこないます。

内服治療だけでなく**食事療法も重要です。**

『糖尿病』『心疾患』と併せて

- ・ 血圧が高い・コレステロールが高い・血糖値が高い・減量が必要など
- 患者さまの食生活をサポートさせていただきます！

☆お気軽にご相談ください☆

【外来栄養指導実施日】 水曜日 ①9:00 ②10:00 ③11:00

【外来栄養指導依頼の流れ】 **※ご本人の来院が必要です。**

## ■予約に関して

患者さまが外来栄養指導をご希望の場合、当院専用の診療情報提供書（兼）栄養指導指示依頼書に必要事項をご記入の上、採血結果と一緒に地域医療連携室までFAXでお送りください。

(FAX:049-257-3376 地域医療連携室 直通)

依頼書、採血結果を確認し、ご予約を取らせていただきます。  
ご予約後、当院から予約票をFAXで返送いたします。

当日は、下記書類をご持参ください。

- ・ 保険証
- ・ 予約票
- ・ 診療情報提供書（兼）栄養指導指示依頼書
- ・ 採血結果

## ■指導当日に関して

当院医師による診察後、当院の管理栄養士が栄養指導(初回は約30分間)おこないます。

■支払いに関して 初回 1,650円(3割負担)

診療情報提供書（兼）栄養指導依頼書  
【心疾患用】

年 月 日

医療機関名

医師名

印

※下記の項目を記載の上、採血結果と合わせて地域医療連携室までFAXしてください。

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
患者氏名		年齢	歳	性別	男・女	
		身長	cm	体重	kg	
住所	〒 _____ (TEL) _____					

紹介目的	貴院の管理栄養士による外来栄養指導を受ける目的で上記患者様を紹介します。
傷病名	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他( )
指導日時	令和 年 月 日 水曜日 <input type="checkbox"/> 9:00 <input type="checkbox"/> 10:00 <input type="checkbox"/> 11:00

既往歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他( )
指示栄養量	※栄養量はこちらで算出します。 特別に指示がある場合は連絡事項に記載ください。
その他 指導項目	<input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 脂質コントロール <input type="checkbox"/> 体重コントロール <input type="checkbox"/> 飲水制限( ml ) <input type="checkbox"/> その他( )
連絡事項	目標体重 ( ) kg ・ 飲酒 (可・不可) ・ 運動 (可・不可)

※ 指導当日に採血結果が必要となりますので、採血結果を患者さまにお渡しください。

イムスグループ 医療法人財団 明理会

〒354-0045 埼玉県入間郡三芳町上富 2177 番地

埼玉セントラル病院 ☎:049-259-0161(代)

FAX:049-257-3376(連携室直通)

# 診療情報提供書（兼）栄養指導依頼書

## 【糖尿病用】

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

※下記の項目を記載の上、採血結果と合わせて地域医療連携室までFAXしてください。

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
患者氏名		年齢	歳	性別	男・女	
		身長	cm	体重	kg	
住所	〒 _____ (TEL) _____					

紹介目的	貴院の管理栄養士による外来栄養指導を受ける目的で上記患者様を紹介します。
傷病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症( 期)
指導日時	令和 年 月 日 水曜日 <input type="checkbox"/> 9:00 <input type="checkbox"/> 10:00 <input type="checkbox"/> 11:00

既往歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他( )
指示栄養量	※栄養量はこちらで算出します。 特別に指示がある場合は連絡事項に記載ください。
その他 指導項目	<input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 脂質コントロール <input type="checkbox"/> 体重コントロール <input type="checkbox"/> その他
連絡事項	目標体重 ( ) kg ・ 飲酒 (可・不可) ・ 運動 (可・不可)

※ 指導当日に採血結果が必要となりますので、採血結果を患者さまにお渡しください。

イムスグループ 医療法人財団 明理会

〒354-0045 埼玉県入間郡三芳町上富 2177 番地

埼玉セントラル病院 ☎:049-259-0161(代)

FAX:049-257-3376(連携室直通)