

栄養指導指示書

送信先：FAX 075-311-9862 (地域連携室)

事前予約医療機関専用電話 TEL 075-311-6348

※栄養指導予定日の2日前までにFAXでご送信ください。

紹介元

住 所	
医療機関名	
医 師 名	
T E L	F A X

紹介患者様

市立病院・京北病院 ID番号 <small>(分かる場合のみご記入ください。)</small>	
ふりがな 氏 名	(旧姓) 生年月日 明・大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
性 別	男 ・ 女 身 長 cm 体 重 kg
栄養指導予約日	月 日 () 時 分
病 名	
指示栄養量 エネルギー kcal	蛋白質 g 脂 質 g
食 塩 g	P/S比 1.5 その他 ()
コメント	
検査結果 (添付も可能です)	