

# 栄養相談依頼票（患者紹介状）

新柏クリニック糖尿病みらい

所在地 〒277-0084 千葉県柏市新柏1丁目4-5

電話番号 04-7199-4771

FAX 04-7199-4773

作成日 年 月 日

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX

医師名

（フリガナ）

患者氏名

様

生年月日： 年 月 日（ 歳）

性別：

住所 〒

自宅電話番号：

携帯電話番号：

職業：

身長

cm

体重

kg

BMI

血圧

mmHg

病名

発症時期

年 月 頃

既往歴

服薬状況

※コピーでも可

指示栄養量

☐ 紹介先医療機関での指示栄養量に準じる

☐ 指示栄養量あり（一部のみ記載も可）

熱量

kcal

塩分

g

蛋白質

g

水分

ml

脂質

g

その他

その他・特記事項

受診希望日 ※患者様のご希望にお応えできない場合もありますので、ご了承ください。

第1希望 月 日

第2希望 月 日

第3希望 月 日