

榊原記念病院 医療連携室

年 月 日

FAX 042-314-3199 TEL 042-314-3142

診療情報提供書（心不全再入院予防継続管理料3 栄養指導依頼書）

紹介元医療機関	医師名
	電話
	FAX

フリガナ	生年月日
患者氏名 (男・女)	西暦・大正・昭和・平成・令和
電話番号	年 月 日 (歳)
住所	

※ 月曜日・水曜日の日にちをご記入ください。診察後に栄養指導を行います。

希望日時	第一希望	月 日 () 14:00 15:00
	第二希望	月 日 () 14:00 15:00

傷病名/既往歴	指示栄養量 (塩分 6g未満 PFC ; 15-20 : 20-30 : 50-65)		処方
該当するものに○をしてください 心不全・弁膜症・虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）・心筋症・不整脈・高血圧・糖尿病・貧血・COPD・CKD・肥満症（BMI>30）・ その他 ()	エネルギー ☐1000kcal ☐1200kcal ☐1400kcal ☐1600kcal ☐1800kcal ☐2000kcal ☐その他 () kcal	たんぱく質 ☐40 g ☐50 g ☐60 g ☐70 g ☐80 g ☐その他 () g	ACE-1/ARB ARNI β遮断薬 SGLT2阻害薬 MRA 硝酸薬 抗凝固薬 利尿薬（ループ・サイアザイド・トルパブタン）
備考			

※採血データは、FAXでお送り頂くか栄養指導日にお持ちいただくようお願いいたします。

ご案内

榊原記念病院「心不全再入院予防管理料3 栄養指導」お申し込みの手順

① 診療情報提供書（栄養指導依頼書）にご記入ください。

※指示栄養量、傷病名/既往症、処方はずチェックをお願いします。

※予約は月曜日か水曜日の午後の時間になります。

※栄養指導前に、医師の診察があることを患者さんにお伝えください。

※同封の診療情報提供書（栄養指導依頼書）を原本としてご使用ください。

② 診療情報提供書を医療連携室にFAX送信してください。

受付：平日 月曜日～金曜日 9：00～17：00

FAX： 042-314-3199（直通）

※上記受付時間外、休診日にFAXをお送りいただいた場合は、平日受付時間内の返信となります。

③ 医療連携室から予約票をFAXにて返信いたします。

※予約票には、受付時間や持ち物の記載があります。（例を同封いたします）

※診療情報提供書原本と予約票は患者さんにお渡しください。

④ 栄養指導当日

※当日の患者さんの予定は、受付→診察→栄養指導→会計となります。

※前の診察の状況により、診察・栄養指導の開始時刻が予定とずれる場合があります。

※診察と栄養指導の合計料金概算（目安としてご案内ください）

551円（1割負担）、1102円（2割負担）、1653円（3割負担）

⑤ 栄養指導報告書は、1週間後をめどに発送いたします。

※報告書は2部お送りいたしますので、1部は患者さんへのお渡し用にお使いください。

⑥ キャンセルについて

※予約後のキャンセルはご依頼元から当院へご連絡をお願いいたします。