

紹介患者依頼票 (栄養指導依頼箋)

令和 年 月 日

(紹介先)

(紹介元)

医療機関名

蒲郡市民病院 _____ 科

担当医 担当医 _____ 先生 希望

医師名

担当医は病院の診療体制にゆだねる

電話番号

診療希望日 年 月 日 希望

FAX番号

診療日は病院の診療体制にゆだねる

紹介目的 CKD地域連携パス栄養指導

受診歴 無 有 (受診科: _____, 年 月頃, ID番号(診察券番号): _____) 不明

フリガナ		男	現住所	
氏名 (旧姓)	()	女		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		電話番号	

保険者番号		公費負担者番号	
記号		受給者番号	
番号		公費種別	前期 特疾 子ども 障害者 母子 その他
被保険者氏名	本人・家族		後期・前期高齢受給者の負担割合 割

診療情報提供書

CKDステージ eGFR区分	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3a <input type="checkbox"/> G3b <input type="checkbox"/> G4 <input type="checkbox"/> G5
尿たんぱく区分	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3
検査結果	<input type="checkbox"/> 持参または添付 <input type="checkbox"/> 無し
栄養指導指示	塩分制限 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 カリウム制限 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 たんぱく制限 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 要の場合 指示量 (_____ g/日)

既往・処方・原疾患など

その他特記事項

CKD地域連携パス紹介元医療機関 _____