

済生会兵庫県病院 栄養食事指導申込票

FAX送信先：（078）987-4866 総合支援センター(地域連携)

医療機関名

所在地

医師名

TEL

FAX

担当者

フリガナ
患者氏名

旧姓
()

生年月日 大・昭 平・令 年 月 日

性別 男 ・ 女 (歳)

身長 cm 体重 kg

第1希望 月 日 (曜日)

第2希望 月 日 (曜日)

第3希望 月 日 (曜日)

☐ 希望日なし



※左記希望日で予約がお取り出来ない場合

☐ できるだけ早い日程を希望

☐ 再度連絡・調整を希望

※当日の予約はお取りできません

※今回の栄養相談は 回目です

※いずれの日程も来院時間は8：30です

本票とともに診療情報提供書、直近の採血結果の送付をお願いします

【栄養食事指導、指示食種】（病態に見合った栄養量を管理栄養士が算出します）

☐ 糖尿病食 ☐ 腎臓病食（保存期） ☐ 腎臓食（透析） ☐ 脂質異常症食

☐ 心臓病食 ☐ 肝臓病食（代償期） ☐ 肝臓病食（非代償期）

☐ 膵臓食 ☐ 痛風食 ☐ 高度肥満（BMI30以上）

☐ その他 ()

【エネルギー・蛋白質・脂質・カリウム・リン・水分・食塩・間食・食習慣改善など指示について】

エネルギー kcal

・ FAXでのお申込みは24時間対応です。 受付時間(平日8：30～17：00) 以外のお申し込みにつきましては翌診療日の対応とさせていただきます。

・ 診療情報提供書と採血結果の原本は患者さんにお渡しいただき、当日ご持参くださるようお願いください。

・ 栄養指導に要する時間は約45分程度です。

・ 確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、貴院を通じてご連絡ください。

TEL：078-987-2200（直通）

2026/07/01