

神戸労災病院 栄養指導
予約申込書兼診療情報提供書

FAX 送信先：078-231-5926 地域医療推進室

お問い合わせは、電話：078-231-5925までお願いします。

神戸労災病院

担当管理栄養士宛て

医療機関名：

医師名：

電話： () -

FAX： () -

フリガナ			神戸労災病院受診歴		
患者氏名	男性 ・ 女性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	() 歳
住所	〒				
	電話：自宅	()	-		
	電話：携帯	()	-		
予約希望日	(第1希望)	<input type="checkbox"/> 本日	<input type="checkbox"/>	月	日 <input type="checkbox"/> 11時台 <input type="checkbox"/> 14時台 <input type="checkbox"/> 15時台
	(第2希望)	<input type="checkbox"/> 本日	<input type="checkbox"/>	月	日 <input type="checkbox"/> 11時台 <input type="checkbox"/> 14時台 <input type="checkbox"/> 15時台
	(第3希望)	<input type="checkbox"/> 本日	<input type="checkbox"/>	月	日 <input type="checkbox"/> 11時台 <input type="checkbox"/> 14時台 <input type="checkbox"/> 15時台

傷病名					
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の方は体液量測定 (InBody) は行えません			
妊娠	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の方は体液量測定 (InBody) は行えません			
継続可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	費用負担等については、下記※2をご参照ください。			
特記事項	※重点指導希望事項、今後の方針、到達目標など、依頼、伝達したい事項をご記入ください。				

※1 よろしければ貴院での血液検査結果を添付してください。

※2 継続的に実施してよろしければ、当院で次回以降のご予約をお取りします。保険請求は初回実施と同じくご紹介元でしていただき、当院実施費用はご紹介元へ請求させていただきます。