

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 担当者 宛

栄養食事指導依頼書(兼診療情報提供書)

紹介元医療機関

名 称		※決定後予約票に日時を記載して返送します 希望日時 ① 月 日 時 分 ② 月 日 時 分
住 所		
電話番号		
FAX番号		
医師氏名		

ふりがな		性別	男 女	生年 月 日	[西暦] 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
氏名					歳
住所				電話	
受診歴	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院受診歴 無 有 不明				
身長・体重	●身長 cm	●体重 kg	●BMI #DIV/0!	kg/m ²	
栄養指導 指示病名	糖尿病 高血圧症・心臓病 脂質異常症 肥満症(BMI30以上) 慢性腎臓病 透析 高尿酸血症 貧血症(Hb10g/dl以下) その他 []				
現在の治療	内服 食事療法のみ				
特記事項・ 連絡事項等					

指示栄養量

エネルギー(kcal)	1200 1400 1600 1800 2000
その他[]	
塩分制限(g)	6g 未満 ← 必要時にチェックしてください
たんぱく質制限(g)	なし あり ⇒ []g
脂質制限(g)	なし あり ⇒ []g
その他 指示事項	当院にて決定(疾患ガイドラインに準じて設定します)

- ① 必要事項を記入し、FAXをお願いします ⇒ 045-366-6410
 ② 予約日を決定して予約票を返送します

患者さんに当日持参いただくもの

栄養指導予約票, 栄養食事指導依頼書(兼診療情報提供書(本票)), 直近の血液検査結果,
 マイナ保険証(または資格確認書), お薬手帳(お持ちの場合), 当院の診療券(お持ちの場合)

受付部署 : 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 患者支援センター 地域医療連携

FAX番号 : 045-366-6410

栄養指導予約票

ふりがな

お名前

様

ご予約日時

年

月

日

時

分

当日の流れ

〔1〕 病院1階：総合案内にてお手続き



〔2〕 病院1階 窓口：2番 初診受付 または 3番 紹介状受付にてお手続き



（〔1〕にてご案内します）

〔3〕 病院1階 健康管理センター：医師による問診を行います



〔4〕 病院1階 栄養相談室：栄養指導を行います



〔指導時間は30～40分を予定しています〕

〔5〕 病院1階 外来会計：窓口にて会計します

〔概算 1700円 ～ 2000円 自己負担3割の場合〕

お持ちいただくもの

- ① 栄養指導予約票（本票）
- ② 栄養指導依頼書（兼診療情報提供書）
- ③ 直近の血液検査結果
- ④ マイナ保険証（または資格確認書）
- ⑤ お薬手帳（お持ちの場合）
- ⑥ 当院の診療券（お持ちの場合）

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院
患者支援センター 地域医療連携
〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1
電話 045-366-1111 (代表)<https://seibu.marianna-u.ac.jp/>

◎ 予約日の変更を希望される場合は栄養相談室までお問合せください