

紹介状 (栄養指導指示票)

FAX用

一般財団法人 住友病院

年 月 日

内科

担当医 殿

紹介元医療機関の 所在地及び名称
電話番号
担当医師

※旧姓 は同姓同名の方を区別し、カルテの二重発行を防ぐためにお聞きしています。

フリガナ		男・女	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
患者氏名	(旧姓 )			

傷病名
治療経過及び特記指示事項

指 導 希望日時	年 月 日 ( ) 時	身長	c m
		体重	k g

職 業	
-----	--

検 査 数 値	血糖値		ご希望があればお書き下さい
	ヘモグロビンA1c		
	コレステロール値		
	中性脂肪		
	血 圧		
	その他		

※ 当日は、直接栄養指導を受けていただきます。

※ 必ず健康保険証をご持参ください。

*休 診 日	土曜・日曜・祝日・年末年始 (12/29~1/3)
*お問い合わせ先	住友病院 地域医療連携室 (受付時間 8:30~19:00) (FAXは24時間稼働。但し、時間外・休日着信分は翌日対応) TEL 06- 6447- 3031 (直通) FAX 06- 6447- 3052 (直通) 受付時間以外 TEL 06-6443-1261 (代表)