

紹介予約申込書【栄養指導】(FAX 用)

済生会山口総合病院 地域連携室 行

FAX 083-928-3357

令和 年 月 日

TEL 083-901-6187

紹介元医療機関

医師氏名

TEL

FAX

フリガナ

紹介患者氏名

生年月日

明・大・昭・平・令 年 月 日 才 男・女

住所

〒 -

電話番号

※お手数ですが、事前にカルテを準備いたしますので、諸事項のご記入をお願いいたします。
保険証は、来院時に確認させていただきます。

栄養指導内容 (※該当する疾患に○をつけてください)

糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ 腎臓病 ・ その他()

栄養指導希望日を第1から第3希望までご記入下さい。

◆第1希望日 令和 年 月 日 (午前・午後)

◆第2希望日 令和 年 月 日 (午前・午後)

◆第3希望日 令和 年 月 日 (午前・午後)