

栄養指導依頼票

年 月 日

記載例

TEL:(0566)74-8384 / FAX:(0566)77-5480 (安城更生病院 地域連携室)

JA愛知厚生連 安城更生病院

<紹介元>

【安城更生病院 記入欄】		備考
患者番号		資格確認 <input type="checkbox"/>
予約内容		

施設名	安城更生クリニック
所在地	愛知県安城市〇〇町△△番地
TEL	(△△△△)〇〇-××××
FAX	(△△△△)〇〇-××××
担当医	安城 花子

栄養指導担当医 先生

【希望日】① 〇月 〇日(〇) ② △月 △日(△) ③ ×月 ×日(×)

その他() (〇月〇日以外の日を希望など)

※栄養指導診察：水・金曜日(AM)

◎予約変更を安城更生病院が患者さんと調整を行うことに 同意します同意しません
※変更となった場合は必ず紹介医へ連絡させていただきます

フリガナ	アンジョウ タロウ	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						
受診者名	安城 太郎	<input type="checkbox"/> 女		〇〇 年 △ 月 × 日 〇〇 歳						
住所	〒 446 - 8602 安城市安城町東広畔28番地	自宅	〇〇 - ×× - △△△△							
		携帯電話	〇〇 - ×× - △△△△							
診察券番号	<input type="checkbox"/> 有(ID: 1111111) <input type="checkbox"/> 無 (※安城更生病院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)									
保険別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保	保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
公費負担別	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他()	記号	1111			番号	2222			

専用用紙「地域連携栄養指導オーダー表」と本用紙を併せてFAXをお願いいたします。

<p>問い合わせ先</p> <p>○予約日時等に関すること</p> <p>地域連携室 TEL(0566)74-8384</p>	<p>○指導内容等に関すること</p> <p>栄養管理室 TEL(0566)75-2111</p>
---	---

