

# 栄養食事指導・事前予約申込書(FAX専用)

ID No   -     -

(当センターで以前診療を受けたことがあり、登録番号がわかる場合)

フリガナ		性別	生年月日	年齢
受診者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生	歳
現住所	〒	電話番号	( )	
	都道府県	市区郡	町村区	番地

## 保険証(コピーをFAXでも可)

保険者番号	記号・番号	資格取得	有効期限	本人・家族 世帯主( )
公費負担者番号	受給者番号	摘要	有効期限	

健康保険外〔自賠・労災・公災・その他( )〕

## 紹介先医療機関名



独立行政法人  
国立病院機構

高崎総合医療センター

## 紹介元医療機関名

依頼内容 : 栄養食事指導 (継続の必要性: 有・無)

所在地 .....

電話 .....

指導対象病名: .....

FAX .....

ご来院希望日 (初回のみ、火曜日午後13時半～15時半)

●第1希望日: 年 月 日 (火) 時 分

診療科 \_\_\_\_\_ 科

●第2希望日: 年 月 日 (火) 時 分

医師名 \_\_\_\_\_ 先生

## ご案内

◎このFAX専用紙をお送りいただきますと、患者診療録(カルテ)を事前に作成いたします。

◎FAX受領後、速やかにお返事をさせていただきます。

◎時間外、土・日・祝日に受領した場合は、翌診療日に対応させていただきます。

※当センターで血液検査は実施いたしません。「血液検査結果(写し)」、「栄養食事指導・事前予約申込書(原本)」、「栄養食事指導 診療情報提供書」を患者さんへお渡しください。