

神戸赤十字病院 地域医療連携室 宛

受付時間（平日） 8：30～19：10

FAX番号：(078) 241 - 9265

（土曜） 8：30～12：30

*電話でも予約可能です。TELの場合は、241-9261

栄養指導予約申し込み書

ふりがな

患者様氏名： _____ 男・女 T・S・H・R _____年____月____日生

（火・水・金 午前9～12時 水・金 午後1時～3時の予約となります）

希 望 日：第1希望 _____ / _____ 時 分 第2希望 _____ / _____ 時 分

いつでもよい 至急

貴 院 名： _____

医 師 名： _____

T E L： _____

F A X： _____

☆ 下記をご記入下さい。

■ 診察 _____ 内科 _____ 医師 _____ 川島 邦博 _____

■ 栄養指導 身長 _____ cm 体重 _____ kg

☆臨床診断・病名（ _____ ）

☆栄養指導病名（チェックをお願いします。）

糖尿病 脂質異常 高血圧 腎臓病 肥満症

☆ご受診される際には、診療情報提供書をご持参下さい。よろしく申し上げます。