

茅ヶ崎市立病院宛

栄養指導申込書 (FAX 0467-51-1100)

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

住所(登録医は不要)

医師名

(科) FAX

※事前にカルテを作成するため、下欄へ漏れのないようにご記入下さい

患者氏名(フリガナ)

生年月日

(昭・平・令)

年

月

日生

(男・女)

茅ヶ崎市立病院ID

住所

<<ご希望の日にちを記入の上、時間帯を選んで○を付けて下さい>>

	第一希望	第二希望	第三希望
月/日(曜日)	/ ()	/ ()	/ ()
時間			
診察 13:50			
指導 14:00			
診察 16:00			
指導 16:15			

紹介元医療機関の先生へ

※ 患者さんをご紹介いただく際は、この「栄養指導申込書」、「病診連携申込書」、「栄養食事指導指示箋」に必要事項を記入の上、患者支援センター(0467-51-1100)へFAX送信してください。

また、代謝内分泌科宛での紹介状(診療情報提供書)もFAX送信してください。

※ ご希望に沿って予約可能な日でお取りしますが、予約状況によりお取りできない場合は、必要に応じて患者支援センターから電話連絡し調整いたします。

※ 患者支援センターで「予約票」を作成し、紹介元医療機関へ折り返しFAX送信いたします。

※ 診療情報提供書と「栄養食事指導指示箋」、「問診表」、「予約票」を患者さんにお渡し下さい。

※ 平日の8時30分から18時、土曜日の9時から12時30分までに受信したFAXは当日中に回答いたしますが、それ以外の時間帯に受信したFAXは翌営業日に回答いたします。

地域医療連携室のご案内

《業務時間》

平日 8時30分から19時まで

土曜日 9時から13時まで

(日曜、祝日、年末年始は休みです)

病診連携予約専用連絡先

TEL 0467-52-1947

FAX 0467-51-1100