

(様式1)

難病等食生活相談・指導連絡票

栃木県安足健康福祉センター所長 様

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

下記の者について栄養指導をお願いします。

受診者氏名		生年月日	M. T. S. H 年 月 日生
受診者住所		電話	
疾患名			
検査結果・ 治療状況 (具体的に)			
栄養指導に 対する指示 (指示加減等)	エネルギー _____ kcal	たんぱく質 _____ g	
	塩分 _____ g		
	その他 (_____)		
備考			

受診者の方へ・・・栄養相談は、予約制になっておりますので、安足健康福祉センターに電話をして
栄養相談の予約をして下さい。

栄養相談日は、随時受け付けています。

栃木県安足健康福祉センター

健康対策課栄養難病担当

足利市真砂町1-1

Tel 0284-41-5895

FAX 0284-44-1088

