

集団栄養指導依頼書

あやせ循環器クリニック 宛
 FAX：03-3605-2116
 〒120-0006 足立区谷中3-6-9
 TEL：03-3605-2821
 (月～土 9：00～16：30) 祝日をのぞく

御紹介医療機関名	
電話番号	
御紹介医	先生

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	M ・ T 年 月 日 S ・ H
身長/体重	身長 cm 体重 kg	最終測定日	月 日 ※塩分量測定のため必要となります
住所			
電話番号			
予約希望月	月	※毎月第2月曜午後に実施しております。 尚、第2月曜日が祝日の月は第3月曜日となります	
疾患名	高血圧症 狭心症 心筋梗塞 心不全		
	※ご希望及び連絡事項等ございましたらご記入ください。		

◎ ご記入ありがとうございました。
 当院宛にFAXして頂き、その旨をお電話でご連絡ください。
 FAXでの情報確認後、貴院へ折り返しご連絡いたします。