

# 横山医院 外来栄養指導 申込書

紹介医療機関名			
医師名			
電話		FAX	

患者様情報	フリガナ			性別	
	患者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	西暦	年	月	日 ( 歳)
	住所			TEL	

●診療情報提供書(書式指定なし)及び直近の検査データと共に送信して下さい。

●栄養指導日は横山医院からご本人様へ電話連絡し、決定させていただきます。

栄養指導可能日時： 月～土・祝 10時～・13時半～・15時～

●栄養指導実施後、横山医院管理栄養士より報告書をFAXいたします。

医療法人 橘会 横山医院

〒594-1136 和泉市仏並町287

TEL 0725-92-0045

**送信先FAX➡ 0725-92-0330**