**栄養ケア・ステーション　栄養士紹介依頼申込書**

宛先：栄養ケアステーション　ＦＡＸ：03-6457-8591　e-mail：tokyoeiyou-cs@ksf.biglobe.ne.jp

公益社団法人東京都栄養士会　栄養ケア・ステーション宛

申込日：　　　年 　　 月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアプラン作成者情報 | 事業所名 | 担当： | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | | |
| ＦＡＸ |  | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | |
| 利用者情報 | ふれあい館  番号 | 館  　　　　番 | 性別 | 男 ・ 女 | | 年齢 | 歳 |
| お住まいの町名 | 最寄りのバス停名  （　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 身　長 | ㎝ | | | 体　重 | Kg | |
| 主な疾病 | 高血圧・脂質異常症・糖尿病・肥満・低栄養  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 支援計画上の要点 |  | | | | | |
| 訪問希望日時 | 第一希望 | 月　　　　日（　　）　　　　時～　　　時ごろ | | | | | |
| 第二希望 | 月　　　　日（　　）　　　　時～　　　時ごろ | | | | | |
| 第三希望 | 月　　　　日（　　）　　　　時～　　　時ごろ | | | | | |