

【中・北部エリア専用】

※必要事項をご記入の上、F A Xまたはメールにてお申込みください。

すこやか薬局

具志川店 宛

FAX : 098-996-1029

E-mail:eiyou-cs.sukoyaka02@sukoyaka.cc

発信元 : _____

担当者 : _____

T E L : _____

F A X : _____

訪問栄養ケアサービス
依頼書

年 月 日

サービス利用者様	氏名 : _____ 年齢 : _____
	住所 : _____
	T E L : _____
治療中のご病気	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他 (_____)
気になっていること	<input type="checkbox"/> 持病にあった療養食 <input type="checkbox"/> 食形態の調整 (むせ込みが多い) <input type="checkbox"/> 栄養の不足・過剰 <input type="checkbox"/> 調理方法 <input type="checkbox"/> 経管栄養について (栄養剤など) ※その他、詳細は下記にご記入ください。
実施希望日時	第一希望 : 日付 _____ 時間 _____
	第二希望 : 日付 _____ 時間 _____
	第三希望 : 日付 _____ 時間 _____
その他 (ご要望等)	

※記入に関してご不明な点がございましたらご連絡ください。(TEL : 098-989-1093)