

# ドクターコース弁当 申込書・問診表

Dr No.

※太線の枠内のみご記入ください

■氏名 (フリガナ)	( ) 様
■住所	
■電話:	携帯: FAX
■E-mailアドレス	
■ご本人以外の 連絡先(必ず記入)	住所 様 電話 続柄( )
■開始日	年 月 日 昼 ・ 夕 ~
■基本のお届け	昼 / 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 夕 / 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
■お支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 ・ <input type="checkbox"/> チケット ・ <input type="checkbox"/> 振込み

※太線の枠内のみご記入ください

■身長・体重	cm kg (標準体重 kg)
■生年月日	年 月 日 ( 歳) / 男 ・ 女
■かかりつけ医	病院 ・ クリニック
■病歴 (これまでにかかった主な病気)	糖尿病 ・ 高血圧 ・ 潰瘍 ・ 腎臓 ・ 膵臓 その他 ( )
■現在治療中の 病気 ※わかる範囲で かまいません	糖尿病 ・ 高血圧 ・ 潰瘍 ・ 腎臓 ・ 膵臓 その他 ( ) 現在内服中の薬との食べ合わせの悪い食材(薬剤師の方からの指示があれば)
■アレルギー食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
■食べられない食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
■食事内容	糖尿病食 ・ 高血圧食 ・ 潰瘍食 ・ 腎臓食 膵臓食 ・ その他 ( )
■指示カロリー	<input type="checkbox"/> 指示あり ( kcal) <input type="checkbox"/> 特になし
■指示蛋白質量	( 1日あたりの蛋白 g) ★腎臓食希望の方のみご記入ください
■減塩の指示	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 g) → 汁なしになります
■その他 (体調 ・主治医の指示など)	

ドクターランチ記入欄

箸	<input type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いない
汁	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
ご飯	<input type="checkbox"/> 白米 ・ <input type="checkbox"/> 蛋白調整米 ・ <input type="checkbox"/> 胚芽米 <input type="checkbox"/> おかゆ ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )
申し込み日	年 月 日 受付

FAX : 099-805-1087

TEL : 099-805-1088  
(栄養士宛)