# 食生活調査票（予約票）

フリカ゛ナ
患者様氏名　　様

年齢　　歳　　ヶ月　性別

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 栄養指導予約日 | ： | 年 | 月 | 日 | （　） |
| 予約時間 | ： | 午前・午後 | 時 | 分 | |

## 【指導内容】

検査当日は再来受付機を済ませてから予約票と診察券を持って
15分前までに【A】カウンターまでお越しください。
（お食事を作る方と一緒に調査票を記入し来院してください。）

【食生活調査票】当てはまる部分へ〇または数字をご記入下さい。

1．食事の回数
・1日　3回　　・それ以外（1日　　回）

2．食事時間について
・朝食（　　時頃）　・昼食（　　時頃）　・夕食（　　時頃）

3．お菓子類について
・食べる（ 毎日 ・ 週　　回）　・食べない

4．外食について
・する（週　　回・ 月　　回）　・しない

5．飲酒について
・飲む（ 毎日 ・ 週　　回 ・ 月　　・飲まない

6．喫煙について
・吸う（　　本/日）　・吸わない

7 .栄養相談前日の食事内容をご記入ください

| 朝食（自宅・その他） | 昼食（自宅・その他） | 夕食（自宅・その他） |
|---|---|---|
| （　　） | （　　） | （　　） |
| （　　） | （　　） | （　　） |
| （　　） | （　　） | （　　） |
| （　　） | （　　） | （　　） |

8 .質問がありましたらご記入ください
（　　）

****予約票は診察・検査などが終了するまで大切に保管してください****

予約の変更は右記時間内にご連絡ください。

月曜日～金曜日
14:00～17:00

医療法人社団愛友会
津田沼中央総合病院
047-774-3111（予約）