

# 栄養相談 予約票



- 栄養相談は、事前に日時の予約をお願いしています。料金はかかりません。
- 相談される方のご要望にそうように、栄養士が前もって準備をいたします。
- お書きいただける範囲でかまいません。ご記入をお願いします。

予約日	月 日 ( )	予約時間	午前 午後	時 分
-----	---------	------	----------	-----

お名前	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
ご連絡先	*連絡ができる電話番号を教えてください ( ) 連絡ができる時間 いつでもよい・ 時~ 時			
よろしければ教えてください	身長	m	体重	Kg

## 栄養士に聞きたいことを教えてください

★ 相談したいことに、○をお書きください

	チェック	相談したいこと	コメント
病気が気になる	<input type="checkbox"/>	血圧を下げたい	
	<input type="checkbox"/>	コレステロールを下げたい	
	<input type="checkbox"/>	尿酸値を下げたい	
	<input type="checkbox"/>	血糖値を下げたい	
	<input type="checkbox"/>	● 気になる症状をお書きください	
体調が気になる	<input type="checkbox"/>	体重を減らしたい	
	<input type="checkbox"/>	最近、食欲がない	
	<input type="checkbox"/>	疲れが取れない	
	<input type="checkbox"/>	夜、ぐっすり眠れない	
	<input type="checkbox"/>	● 気になる症状をお書きください	



★ 今、気になっていることがあれば、教えてください



-----きりとり-----

患者さん控え \*栄養相談のご予約をいただき、ありがとうございます。気を付けてお越しください。

様	月 日 ( )	午前 午後	時 分
---	---------	----------	-----

◎ご都合が変更になったときは、お電話ください

よみうりランド薬局 連絡先：044-967-4551