

管理責任者	栄養士	問診担当者

# 注文問診表



記入日： 令和 年 月 日

フリガナ									性別
お名前									男性 ・ 女性
ご自宅住所	〒 ー 宇都宮市 電話番号( ) ー FAX( ) ー								
ご自宅以外のお届け住所 ※お届け場所が自宅以外の場合記入	〒 ー 宇都宮市 電話番号( ) ー FAX( ) ー								
緊急連絡先 ※ご本人に連絡取れない場合	お名前:							続柄:	
	電話番号:( ) ー				住所:				
生年月日	T・S・H・R	年	月	日生	歳				
希望するお食事	一般食 / 治療食 ( )			主食 飯 ・ 粥 ( g) ・ 飯無し					
栄養量指示 ※わかる範囲で記入	エネルギー	蛋白	脂質	塩分	その他				
	Kcal	g	g	g	/日				
アレルギーの有無	無 ・ 有 (食材: )								
現在服用している薬 (禁止食材のある薬)	薬名:			禁止食材:					
お届け希望日		月	火	水	木	金	土	日	祝日
	昼								
	夕								
生活区分	一般 ・ 生保 ・ 65歳以下身障( )								
利用開始日	令和	年	月	日 ( )	昼 ・ 夕 ~				
受渡し方法	手渡し ・ 他( )								
不在時の受渡し方法									
デイサービス利用	有(曜日 ) ・ 無			利用施設名					
担当支援センター							担当者名:		
身体状況	身長・体重	cm /			kg				
	そしゃくの問題	有 ( ) ・ 無							
	言語・視覚・聴覚	問題なし ・ 問題あり( )							
	その他 (疾病・身体的障害等)								
お支払い方法	口座振替 ・ その他( )								
備考 または 紹介者・自社を知った理由									

以上をご記入の上、FAXにてお送りください。

**FAX : 028-634-2602**

株式会社ターク

〒321-0111 栃木県宇都宮市川田町1076-2

TEL:028-612-4862

受付時間/9:00~17:00(月~土曜日)