

F A X 予約依頼票 兼 診療情報提供書 (糖尿病合併症外来)

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

(紹介元)

名称

所在地

医師名 印

T E L - -

F A X - -

内科

先生  
御侍史

受診希望日 (水曜日)	第1	令和 年 月 日	第2	令和 年 月 日
-------------	----	----------	----	----------

※希望に添えない場合がございますが、ご了承ください。

患者	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	身長		cm
	氏名			<input type="checkbox"/> 女	体重		kg
者	生年月日	年 月 日	歳	自宅	-	-	
	住所		電話	連絡先	-	-	
貴院への受診歴		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不詳					

(上記患者様を次のとおり紹介させていただきます。)

概要	◆患者様の状態に関して 日常生活労作の程度 <input type="checkbox"/> デスクワーク、主婦 <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 力仕事
	◆最近の血糖コントロールについて 空腹時血糖 (おおよそで結構です。) 【                    】 mg/dl HbA1c (NGSP) (おおよそで結構です。) 【                    】 %
	◆糖尿病合併症について 網膜症 <input type="checkbox"/> 増殖期網膜症 <input type="checkbox"/> 単純もしくはなし <input type="checkbox"/> 不明 血清Cr (おおよそで結構です。) <input type="checkbox"/> 1.2未満 <input type="checkbox"/> 1.2以上 <input type="checkbox"/> 不明
	◆その他の合併症について 高血圧症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 脂質異常症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 運動ができないような心肺疾患 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
◆その他何かあればご記入をお願い申し上げます。	

[本書をもって診療情報提供書としていただいても結構です。]

西脇市立西脇病院 内科

※患者様に切り取ってお渡しください。

※来院の際に必ず持参してください。

紹介患者予約票 (糖尿病合併症外来)

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり予約を受けました。

担当者

I D		性別	生年月日	M T S H R	年 月 日	
氏名						
診療科	内科	医師名	来住	稔 (糖尿病合併症外来)		
診察 (検査) 予約日時	令和 年 月 日 (水曜日) 午前 9 時 00 分	※ 診察の関係で遅れることがありますが、ご了解願います。				

(注) ご来院の際に必ず、ご持参ください。

【予約票、 診療情報提供書、 健康保険証、 医療受給者証】

西脇市立西脇病院 内科