

F A X 予約依頼票 兼 診療情報提供書 (糖尿病地域連携用)

(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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	令和 年 月 日	時頃
-------	-----------------------------	-----------------------------	----------	----

※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	紹介目的について： 紹介の理由と具体的な目的 (必要であれば、ごく簡単に御記入ください。)	<input type="checkbox"/> 緊急入院	<input type="checkbox"/> 教育入院	<input type="checkbox"/> 予約入院	<input type="checkbox"/> 外来での精査
	現在の状態において： 眼科について： 治療について：	HbA1c %	<input type="checkbox"/> かかりつけ医あり (眼科)	<input type="checkbox"/> かかりつけ医なし	<input type="checkbox"/> 治療内容は持参予定のお薬手帳のとおり
	西脇病院で精査・加療が終了し、病状が安定した場合 (ご希望がない場合、空白でも結構です。)	<input type="checkbox"/> 当院への逆紹介を希望	<input type="checkbox"/> 内服加療で安定している場合のみ	<input type="checkbox"/> インスリン・GLP-1製剤も可能	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病以外も診療可
<input type="checkbox"/> 当院以外での加療を希望 [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

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	科	医師名			
診察(検査) 予約日時	令和 年 月 日 (曜日)	※ 診察の関係で前後することがありますが、ご理解願います。			
	午前・午後	時 分			

(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