

【お願い】 受診される前に紹介状をFAXしてください。

しみず糖尿病ネットワーク診療申込書(FAX)	
ふりがな 患者氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日(歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
桜ヶ丘病院受診歴	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診 (患者番号)
保険者番号	
記号・番号	.
被保険者との続柄	本人 ・ 家族

※太枠内をご記入ください

依頼目的	<input type="checkbox"/> 糖尿病コントロール目的の入院(約 12 日間)の予約
	<input type="checkbox"/> 短期糖尿病教育入院(2泊3日から相談可)の予約
	<input type="checkbox"/> 糖尿病外来初診の予約
	<input type="checkbox"/> 病診連携登録済み患者の定期再診予約
	<input type="checkbox"/> 検査の予約
	<input type="checkbox"/> その他()
予約希望日	(月 日 AM・PM 時)

※希望される項目を適宜チェックしてください

【外来入院共通】	<input type="checkbox"/> インスリン療法の導入	<input type="checkbox"/> 眼科受診(水曜と金曜)
	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪面積測定(腹部 CT)
	<input type="checkbox"/> 循環器チェック	<input type="checkbox"/> 栄養指導
	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	<input type="checkbox"/> 頭部 MRI/MRA

※ご記入ください(紹介状を頂ける場合には以下の欄に記入は不要です)

直近の検査結果 (月 日)	血糖値(空腹時・食後__時間) mg/dL	尿蛋白()
	ヘモグロビン A1c %	尿ケトン体()
現在の処方内容		

送付日 年 月 日

貴医院名 _____

医師氏名 _____

(返信先)電話番号 _____ FAX 番号 _____

JCHO 桜ヶ丘病院 糖尿病・生活習慣病センター TEL/FAX054-353-5321