

しみず糖尿病ネットワーク診察申込書 (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"/> 糖尿病性腎症重症予防プログラム
	<input type="checkbox"/> 糖尿病教室 (栄養指導、生活・運動指導、服薬指導、血糖管理指導など)
	<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

<input type="checkbox"/> インスリン治療の導入	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー
<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"/> 循環器コンサルト	<input type="checkbox"/> 心臓エコー
<input type="checkbox"/> 腎臓病コンサルト	<input type="checkbox"/> 頭部 MRI/MRA
<input type="checkbox"/> 眼科受診	<input type="checkbox"/>

※ご記入ください (検査データを添えた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

貴病院名 _____

医師氏名 _____

(返信先) 電話番号 _____ FAX番号 _____

独立行政法人地域医療機能推進機構 桜ヶ丘病院
地域医療連携室 電話：054-353-5314 / FAX：054-353-5319