

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							
清水さくら病院受診歴	<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） ヘモグロビンA1c	mg/dl %	尿蛋白（ ） 尿ケトン体（ ）
現在の処方内			

送付日 年 月 日
 貴病院名 _____
 医師氏名 _____
 （返信先）電話番号 _____ F A X 番号 _____

独立行政法人地域医療機能推進機構 清水さくら病院
 地域医療連携室 電話：054-340-8303 / FAX：054-340-8273