

紹介機関様用

送信日： 月 日

所在地 返信先FAX番号 一

紹介医師名

糖尿病精密検査入院申込書(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)					

希望日①	(月	日)	〈金)	8時半
希望日②	(月	日)	〈金)	8時半

※希望日は申込日から1ヶ月以上あけて下さい。

※期間中に祝日が重なる場合は予約が取れませんのでご了承ください

※入院期間は、金曜日～月曜日 3泊4日入院です

眼科のかかりつけの有無(あり・なし)

身長 cm 体重 Kg

□ 有

指令 kcal

□ 無

現在の処方内容

個室希望 有 → (1人個室 2人個室) (病床の状況により、ご希望に対応出来ない場合があります)

検査結果の説明方法

ふじのくにねっと利用希望

□ 清水さくら病院での結果説明を希望する

□ 有

□ かかりつけ医での結果説明を希望する

三

- ★ この用紙に必要事項をご記入の上、清水さくら病院地域連携室宛にて送信をしてください
 - ★ 申し込み当日に入院日を決定しFAXにて返信いたします
 - ★ ご不明な点などございましたら下記までご確認ください

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