

F A X 予約依頼票 兼 診療情報提供書（糖尿病合併症外来）

（紹介先）

平成 年 月 日

西脇市立西脇病院

（紹介元）

内 科

先生
御侍史

名 称

所 在 地

医 師 名

印

T E L

— —

F A X

— —

受診希望日（水曜日）	第1	平成 年 月 日	第2	平成 年 月 日
------------	----	----------	----	----------

※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
	生年月日	年 月 日	歳	電 話	自 宅	— —			
	住 所				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	◆患者様の状態に関して								
	日常生活労作の程度 <input type="checkbox"/> デスクワーク、主婦 <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 力仕事								
	◆最近の血糖コントロールについて								
	空腹時血糖（おおよそで結構です。） 【 】 mg/dl								
	HbA1c（NGSP）（おおよそで結構です。） 【 】 %								
	◆糖尿病合併症について								
網膜症 <input type="checkbox"/> 増殖期網膜症 <input type="checkbox"/> 単純もしくはなし <input type="checkbox"/> 不明									
血清Cr（おおよそで結構です。） <input type="checkbox"/> 1.2未満 <input type="checkbox"/> 1.2以上 <input type="checkbox"/> 不明									
◆その他の合併症について									
高血圧症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明									
脂質異常症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明									
運動ができないような心肺疾患 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明									
◆その他何かあればご記入をお願い申し上げます。									

[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下さい。

※来院の際に必ず持参してください。

紹介患者予約票（糖尿病合併症外来）

平成 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	年	月	日
氏 名						S H			
診 療 科	内 科		医 師 名	来 住		稔（糖尿病合併症外来）			
診察（検査） 予約日時	平成 年 月 日（水曜日） 午前 9 時 00 分					※ 診察の関係で遅れることが ありますが、ご了解願います。			

（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