

F A X 予約依頼票 兼 診療情報提供書 (糖尿病地域連携用)



(紹介先)

平成 年 月 日

西脇市立西脇病院

(紹介元)

名称

所在地

医師名 印

T E L - -

F A X - -

内 科

先生
御侍史

受診希望日	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	平成 年 月 日	時 頃
-------	-----------------------------	-----------------------------	----------	-----

※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			電 話	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	紹介目的について： <input type="checkbox"/> 緊急入院 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 予約入院 <input type="checkbox"/> 外来での精査 紹介の理由と具体的な目的 (必要であれば、ごく簡単に御記入ください。)			
	現在の状態について： <u> </u> HbA1c <u> </u> % 眼科について： <input type="checkbox"/> かかりつけ医あり (眼科) <input type="checkbox"/> かかりつけ医なし 治療について： <input type="checkbox"/> 治療内容は持参予定のお薬手帳のとおり			
	西脇病院で精査・加療が終了し、病状が安定した場合 (ご希望がない場合、空白でも結構です。) <input type="checkbox"/> 当院への逆紹介を希望 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 内服加療で安定している場合のみ</td> <td><input type="checkbox"/> インスリン・GLP-1製剤も可能</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2型糖尿病以外も診療可</td> <td><input type="checkbox"/> 安定したら一度連絡をもらい、その上で判断したい</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 当院以外での加療を希望	<input type="checkbox"/> 内服加療で安定している場合のみ	<input type="checkbox"/> インスリン・GLP-1製剤も可能	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病以外も診療可
<input type="checkbox"/> 内服加療で安定している場合のみ	<input type="checkbox"/> インスリン・GLP-1製剤も可能			
<input type="checkbox"/> 2型糖尿病以外も診療可	<input type="checkbox"/> 安定したら一度連絡をもらい、その上で判断したい			

[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

平成 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

担当者

次のとおり予約を受けました。

I D		性別	生年月日	M T S H	年 月 日	
氏 名						
診 療 科	科	医師名				
診察(検査) 予約日時	平成 年 月 日 (曜日)	午前・午後 時 分	※ 診察の関係で前後す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