

糖尿病地域連携パス 定期受診用

※中東遠総合医療センター予約日前にFAXをお願いいたします

令和 年 月 日

中東遠総合医療センター(地域医療支援センター)御中

FAX (0537)28-8926 TEL (0537)28-8021(直通)

診療科 糖尿病・内分泌内科

名称

医師名 外来担当医 先生

住所

医師名

糖尿病地域連携パス 診療情報提供書 兼 受診申込書

(フリガナ)			次回中東遠総合医療センター予約日
患者氏名		男 女	令和 年 月 日
患者住所	〒 TEL() -		
生年月日	大・昭・平 年 月 日		
診断名	糖尿病 (1型・2型・その他 ・ 不明)		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 合併症進行 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 治療見直し(注射導入など)		
現在の処方 (お薬手帳の コピーでも可)			
自由記載			

* 中東遠総合医療センター定期受診の予約日前までに、当診療情報提供書を必ずFAXしてください

* 病院受診当日は、糖尿病連携手帳、お薬手帳も必ず持参するようお伝えください

* 診療情報提供書の原本、検査データのコピーは患者様にお渡しください

* 糖尿病連携パスを希望されない患者様は通常の診療情報提供書で連絡をお願いします