

糖尿病地域連携パス 開始用

※かかりつけ医より、地域連携パスを**開始する際**にご使用ください

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)		男	女	中東遠 総合医療センター 受診歴	有	無
患者氏名						
患者住所	〒 TEL() -					
生年月日	大・昭・平 年 月 日					
保険者番号		記号・番号				
区分	本人・家族	公費	乳幼児・重度医療・母子医療・生活保護・その他			
診断名	糖尿病 (1型・2型・その他 ・ 不明)					
既往歴 (主要なものに ○印をつけてく ださい)	1. 高血圧症		2. 脂質異常症		3. 肥満症	
	4. 心筋梗塞・狭心症		5. 心不全		6. 脳梗塞	
	7. その他()					
アレルギー歴	無 ・ 有 () ・ 不明					
パス開始目的	<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) <input type="checkbox"/> その他()					
現在の処方 (お薬手帳の コピーでも可)						
自由記載						

* 予約日は申込日より10日以上先でのご予約となります

* 当日は診察と検査をお受けいただきますので検査終了まで6時間程度かかる見込みです

* 糖尿病連携手帳も合わせてお持ちください(お持ちでない場合は中東遠総合医療センター受診時にお渡しします)

* 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