

**糖尿病地域連携パス**

**パス開始 ・ パス定期受診** (どちらかに○をつけてください)

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

医療機関 名称

医師名 外来担当医 先生

住所

医師氏名

**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
パス開始目的 または 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) <input type="checkbox"/> その他( )			

※パス開始時のみ、太線枠内を記入してください

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		
現在の処方 (お薬手帳の コピーでも可)			
自由記載			

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

※パス開始時にご確認ください

- ・予約日は申込日より10日以上先でのご予約となります
- ・当日は診察と栄養指導、いくつかの検査をお受けいただきますので終了まで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ます)

※パス定期受診(中東遠予約受診)時にご確認ください

- ・中東遠総合医療センター定期受診予約日2日前までに、本紙を必ずFAXしてください