

受診依頼票 兼 診療情報提供書

依頼医療機関 FAX 用・海南病院用

令和 年 月 日

JA 愛知厚生連 海南病院 糖尿病・内分泌内 科

病医院名

医師 宛

医師名

第1希望受診日 令和 年 月 日 曜日 TEL

第2希望受診日 令和 年 月 日 曜日 FAX

第3希望受診日 令和 年 月 日 曜日

※連携登録医のみご利用いただけます

- ☐ 紹介予約問い合わせ窓口を利用
☐ WEB 予約申込済み

下記の方ご紹介いたします。よろしくお願い申し上げます。

公費負担者番号										保険者番号									
受給者番号										男 ・ 女	被保険者証	記号							
受診者	ふりがな								番号										
	氏名								被保険者氏名										
	生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日	歳	資格取得日		年 月 日										
住所	〒																		
Tel - -																			

【病名】

糖尿病(糖尿病発症 : 年 年初診)

【紹介目的】

貴院での通院加療、定期検査をお願いします。

【経過】

診察年月	20__年__月	20__年__月	20__年__月	20__年__月	20__年__月
採血時条件	空腹時・食後	空腹時・食後	空腹時・食後	空腹時・食後	空腹時・食後
血糖値	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
HbA1c					
BUN					
Cre					
eGFR					
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
体重	kg	kg	kg	kg	kg

【処方内容】(変更あればその旨ご記載ください) ※糖尿病薬剤については mg での記載をおねがいします。

【備考】

眼科:最終受診日 20__年__月 歯科:最終受診日 20__年__月