糖尿病重症化予防外来依頼票（診療情報提供書）

八千代病院　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

【施設名】

【医師名】

TEL( ) －

FAX( ) －

内分泌代謝内科担当　医師

希望日

　※診療予約枠　毎週水曜日のみ

1. 年　　　月　　　日　( )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | M・T・S・H・R　　　年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | TEL( ) － | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 公費負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自費 | 自賠 | 労災 | | | 生保 | 健本 | 健家 | | 国本 | | | | 国家 | | | | 退本 | | 退家 | | | 後高 | | 結核 | 身障 | | 丸福 | | 児童 | | | | 原爆 | | | 精神 | | | 母子 | | | | 乳児 | ( ) |
| 保険者番号 | | | | | | | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | 公費負担者番号 | | | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | 負担割合  （　　割） | | |
| 記号 | | |  | | | | | 番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | 受給者番号 | | | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 資格取得 | | |  | | | | | 有効期限 | | | | | | |  | | | | | | | | | 被保険者名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **依頼内容** | | | | | | | | | | | | **糖尿病重症予防外来**  **【診療内容】**  　・合併症評価  　　（血液検査・尿検査・ＡＢＩ（血管伸縮性検査）・ＤＰＮ（神経伝達速度）・頸動脈エコー）  　・フットチェック  　・栄養指導 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考（不要な項目がある場合は下記にチェックをお願いします）  血液検査　 　尿検査　 　ＡＢＩ（血管伸縮性検査） 　ＤＰＮ（神経伝達速度） 　頸動脈エコー  　フットチェック 　栄養指導 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. 年　　　月　　　日　( )

患者支援センター　　地域連携課　TEL：0120-855-814／FAX：0120-811-814

（改訂R4.8.9）