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）