

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】

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

【医師名】

① 年 月 日 ()

TEL() —

② 年 月 日 ()

FAX() —

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	健保	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					
記号						番号						受給者番号												(割)					
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																													

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