

【DM 病診連携用】

診療申込書兼紹介状

(あて先) 名市大 西部医療センター 地域医療連携センター
FAX 番号 (052) 856-0049

申込医療機関

医療機関名: _____ 担当医師: _____ 先生
TEL: _____ FAX: _____ 依頼日: _____ 年 月 日

【紹介項目】

1) 以下のうち、いずれか一つでもありましたら(複数選択可)

数日以内を目安に、内分泌・糖尿病初診外来へご紹介ください (空気がなくても予約調整します)

HbA1c 12%以上 血糖値 400mg/dL 以上 尿ケトン体 (2+) 以上

2) 以下のうち、いずれか一つでもありましたら(複数選択可)

1 か月以内を目安に、内分泌・糖尿病初診外来へご紹介ください

HbA1c 10%以上 血糖値 300mg/dL 以上

網膜症の悪化を疑う症状 (2重に見える、視野に異物が見える、ゆがんで見えるなど)

その他 ()

【添付情報 (もし事前に教えていただければ大変参考になります)】

検査データ (血液検査・尿検査) お薬手帳の写し

【併存疾患】

脂質異常症 高血圧症 CKD その他 ()

【紹介後の方針】

出来る限り、自院での DM 診療を希望

西部医療センターとの併診を希望

DM に関しては、西部医療センターでの診療を希望

西部医療センターの判断に任せます

その他 ()

フリガナ 患者氏名	男	大正・昭和・平成・令和
連絡先: - -	女	年 月 日
住所 〒 -		

希望日【第1: / () 第2: / () 第3: / ()】

◀西部医療センターからの予約日時のお返事がありましたら、下記に記載して患者様にお渡しください▶

きりとり

<予約票>

きりとり

診察券番号【 _____ 】 予約診療科【 内分泌・糖尿病内科 】

予約日時【 月 日 () 時 分】 西部医療スタッフ名【 _____ 】

【患者様へ】 ◆予約時間の30分前に1階①番地域医療連携窓口へお越しください。

※予約時間が9時00分の場合は8時45分にお越しください。

◆キャンセル・変更は本人・ご家族様より地域医療連携センターにご連絡ください。

西部医療センター地域医療連携センター直通 052-991-8145