

# 診療情報提供書 兼 診療予約申込書(糖尿病地域連携パス)



山形県立河北病院 地域医療支援部 宛  
【FAX 0800-800-1506】

令和 年 月 日

医療機関名 : \_\_\_\_\_  
 医師名 : \_\_\_\_\_  
 電話 : \_\_\_\_\_  
 F A X : \_\_\_\_\_

患者様情報 (★の項目は、必ずご記入をお願いします。)

(フリガナ)

★氏名

★性別

★電話番号

★住所

★生年月日

☆ 河北病院の受診歴 (○で囲んで下さい。)

有	(診察券番号 — — )
無	

1 病名
2 紹介目的 該当項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 治療法の検討 <input type="checkbox"/> 合併症チェック <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )
3 既往歴・家族歴
4 症状経過 <input type="checkbox"/> 別記
5 データ <input type="checkbox"/> 別記 (採血日 / ) 空腹時血糖 _____ mg/dl      随時血糖 _____ mg/dl      HbA1c _____ %
6 現在の処方 糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 別記 ( )      その他の薬 <input type="checkbox"/> 別記 ( ) <input type="checkbox"/> お薬手帳参照 <input type="checkbox"/> お薬手帳参照
7 受診希望日 ( 月 日 ) 受診希望日があればご記入下さい。なお、糖尿病地域連携パスの <b>外来予約は毎週水曜日の午後</b> になります。
8 特記事項

お申し込みいただき、ありがとうございました。  
のちほど、当方から予約状況についてご連絡させていただきます。