

# 市立加西病院（糖尿病用）様式

地域医療室直通FAX  
0790-42-5365

## FAX 予約 兼 診療情報提供書用 (送信および返信用)

①ファクシミリ用

主保険	保険者番号	記号・番号			1.本人
					2.家族
併用保険 ①	負担者番号	受給者番号	種別		
			老・乳( )		
併用保険 ②	負担者番号	受給者番号	種別		
			老・乳( )		

紹介先医療機関名

令和 年 月 日

市立加西病院

内科 糖尿病 担当医

紹介元医療機関

名称・所在地

医師名

受診希望日	令和 年 月 日 午前午後 時頃	TEL. ( - - )	FAX. ( - - )
患者	フリガナ	貴院への受診歴	1.有 2.無 3.不詳
	氏名	男・女 生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住所	自宅 ( )	連絡先 ( )	
	概要 <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病連携パス開始 (診察と共に下記、依頼があれば○をつけてください。)</li> <li>・フットケアチェック ・栄養指導(栄養指導箋 FAX 要) ・眼底チェック(眼科診察)</li> <li>ABI ・ マスターダブル心電図 ・頸動脈エコー</li> </ul>		
			別紙 診療情報提供書 ( 有・無 )

患者さんに切り取ってお渡し下さい。

切り取り

来院に際に必ず持参下さい。

## 紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名  
担当者

次のとおり予約を受けました。

氏名	
生年月日等	(大昭平 年 月 日生 男・女) (ID No. )
診察(検査) 予約日時	・内科診察 ( 医師) 令和 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分
	・眼科診察 ( 医師) 令和 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分
	・栄養指導 時～ ・フットケアチェック 時～
	・検査 ( 時～ ・ 時～ ・ 時～)
※診察の関係で前後することがありますが、ご了承願います。	

(注) ・ご来院の際に必ず予約票、健康保険証、医療受給者証、等および**糖尿病連携手帳**をご持参下さい。

・ご来院にあたっては、別紙注意事項をよく読んで下さい。