

# 紹介状・診療情報提供書

西暦

年

月

日

済生会神奈川県病院 宛

TEL 045-432-1111

医療機関の名称

および所在地

生活習慣病センター  
受診申込み用

電話番号

ご担当医 氏名 \_\_\_\_\_

患者さま<sup>フリカナ</sup>氏名 \_\_\_\_\_ (男性・女性)

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

ご連絡先 電話番号 \_\_\_\_\_

## ご依頼内容

生活習慣病センター医療連携パス 導入・継続 (下記包括)

治療	検査	療養指導
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症(眼科)	<input type="checkbox"/> 糖尿病教室
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症	<input type="checkbox"/> 注射/SMBG 手技確認
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害	<input type="checkbox"/> 栄養指導 (栄養指導
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 心電図(含 CVR-R)	<u>のみ</u> の場合は別紙で
<input type="checkbox"/> 脂肪肝	<input type="checkbox"/> 心エコー	ご依頼ください)
	<input type="checkbox"/> ABI	
	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	
	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	
	<input type="checkbox"/> 腹部 CT(単純・造影)	
	<input type="checkbox"/> MRI (部位: _____)	

コメント

できましたら参考データとして採血検査結果の添付をお願いいたします。