

紹介状・診療情報提供書

西暦 年 月 日

済生会神奈川県病院

糖尿病内分泌内科 臼井 州樹 医師宛

TEL 045-432-1111

医療機関の名称

および所在地

電話番号

ご担当医 氏名 _____

生活習慣病動脈硬化性合併症
受診申込み用

患者さま氏名 フリカナ _____ (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 ※診察後に当日もしくは後日、検査/療養指導を行います。

検査

療養指導

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症(眼科) | <input type="checkbox"/> ABI | <input type="checkbox"/> 糖尿病教室 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症 | <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー | <input type="checkbox"/> 注射/SMBG 手技確認 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害 | <input type="checkbox"/> 腹部エコー | <input type="checkbox"/> 栄養指導 |
| <input type="checkbox"/> 心電図(含 CVR-R) | <input type="checkbox"/> 腹部 CT(単純・造影) | (栄養指導のみの場合は別紙 |
| <input type="checkbox"/> 心エコー | <input type="checkbox"/> MRI (部位:) | でご依頼ください) |

病名 (疑い病名、仮病名でも結構ですので必ずご記入ください。)

検査/療養指導目的

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。