

【名古屋北区 DM 病診連携】

診療申込書兼紹介状

(あて先) 総合上飯田第一病院 予約センター
FAX 番号 (052) 991-3544

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】 該当項目に☑してください。

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、糖尿病内科外来へご紹介ください

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、糖尿病内科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 (_____)

3) 現病歴 ※ご記載は分かる範囲で結構です。

4) 既往歴 ※ご記載は分かる範囲で結構です。

【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 総合上飯田第一病院との併診を希望

DM に関しては、総合上飯田第一病院での診療を希望 総合上飯田第一病院の判断に任せます

その他 (_____)

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

希望日【第1: / () 第2: / () 第3: / ()】

«総合上飯田第一病院からの予約日時の回答がありましたら、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 -----

予約診療科【 糖尿病内科 】 予約日時【 月 日 () 時 分】

【患者様へ】 ◆予約時間の30分前に1階総合受付「紹介状受付窓口」へお越しください。

◆キャンセル・変更は本人・ご家族様より予約センターにご連絡ください。

総合上飯田第一病院 予約センター 直通 052-991-3560 予約センター スタッフ名【 _____ 】