**【名古屋北区DM病診連携】**

**（あて先）総合上飯田第一病院　予約ｾﾝﾀｰ**

**FAX番号　（０５２）991-3544**

**FAX番号　（）－**

**診療申込書兼紹介状**

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ますと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（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ患者氏名連絡先：　　　　　－　　　　　　　－ | 男女 | 大正・昭和・平成・令和年　　　月　　　日 |
| 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【　　　 　】