

診療情報提供書兼診療依頼書（豊能圏域糖尿病連携パス）

年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関
所在地
名称
電話番号

担当医

科

様

医師氏名

フリガナ
患者氏名

性別（男・女）

患者住所

電話

生年月日（明・大・昭・平）年 月 日生（歳）

1 病名

2 紹介目的 下記チェックの件を、お願いいたします。

- 血糖コントロール
 教育入院
 インスリン導入
 合併症チェック
 栄養指導
 その他（ ）

3 既往歴・家族歴

4 症状経過 別記

5 現在の処方

糖尿病薬 別記（ ） お薬手帳参照
 その他の薬 別記（ ） お薬手帳参照

6 特記事項

過去に上記病院を受診したことが ある・ない
受診科 科医師指定 無・有（ ）先生

受診希望日 平成 年 月 日（午前・午後）

本件について、逆紹介を
 希望する