

診療情報提供書兼診療依頼書 (糖尿病連携パス)

年 月 日

紹介先医療機関名

国立循環器病研究センター
糖尿病・代謝内科
初診外来 担当医

紹介元医療機関
所在地
名称
電話番号
医師氏名

フリカナ
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

過去に受診したことが ある・ない

受診科 _____ 科

本件について、逆紹介を
 希望する

医師指定 無・有 () 先生

受診希望日 平成 年 月 日(午前・午後)