

診療情報提供書

(糖尿病連携パス)

医療機関名：

先生侍史

〒 - 市 町
病院

内科 医師名

印

TEL - -

FAX - -

先生にはますます御健勝のこととお慶び申し上げます。
下記の患者様について、下記のとおりよろしく願いいたします。

フリガナ		性別	昭和 年 月 日 生 歳
患者氏名	(I D) 様		
診断名			
今後の方針	貴院にて継続的なご加療（定期管理・投薬等）をお願いいたします。 詳細につきましては、連携パス及び糖尿病連携手帳を参照ください。 貴院にて経過観察をお願いいたします。		
特記事項			