

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