

FAX 糖尿病センター予約診療申込書兼診療情報提供書

令和 年 月 日

釧路赤十字病院

ご紹介元医療機関 様

希望医師名 内科 先生

所在地

医療機関名

受診希望日

第1希望日 月 日

医師名 ⑧

第2希望日 月 日

TEL

FAX

患者さんの状況 (どちらかに○をつけて下さい。)		現在、返事を待っている・帰宅済		【担当者】			
フリガナ				住所 〒	—		
患者氏名	様 男 女			電話(自宅)	— —		
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	(歳)	電話(携帯)	— —
連絡可能な 家族の連絡先等	(住所) (氏名)		(続柄)	電話(携帯)	— —		
保険者番号			入外区分	入院中・外来通院中			
記号	番号		救急車使用	有・無			
被保険者との続柄			移動手段	ストレッチャー・車いす・独歩			
傷病名							
既往歴							
紹介目的 (下記の項目にチェックして下さい。)	病状経過・治療経過・現在の処方等						
<input type="checkbox"/> 新規発症:HbA1c \geq 6.5%							
<input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良							
<input type="checkbox"/> 血糖コントロール不安定 (高齢者、腎機能低下症など)							
<input type="checkbox"/> 緊急性が高い							
<input type="checkbox"/> 合併症検査が必要							
<input type="checkbox"/> 教育入院							
<input type="checkbox"/> 栄養指導							
別紙資料の有無	<input type="checkbox"/> 有 (CD-R ・ フィルム ・ 検査記録など)		<input type="checkbox"/> 無				

※FAXの受付は、外来休診日を除き毎日午前8時30分～午後4時00分まで受付しております。

夜間・休日にFAXを送信される場合は、0154-22-7176へお願いします。

※緊急性がある場合は、事前に各科医師へ直接連絡をした後にFAXを送信してください。

地域医療連携室専用FAX 0154-22-7145

総合病院釧路赤十字病院 地域医療連携室

TEL (0154)22-7171(内線 835・338)