様式1

診療情報提供書兼診療依頼書（中河内糖尿病地域連携パス）

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（神経・腎・眼・歯）　□ 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

本件について、逆紹介を
□ 希望する

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）