

# FAX 糖尿病センター予約診療申込書兼診療情報提供書

釧路赤十字病院

平成 年 月 日

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 \_\_\_\_\_ (印)

第2希望日 月 日

TEL

FAX

【担当者 \_\_\_\_\_】

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)	
フリガナ			住所 〒 _____
患者氏名	男 様 女		電話(自宅) _____
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳)	電話(携帯) _____
連絡可能な 家族の連絡先 (続柄)	(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	本人・家族		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"/> 緊急性が高い場合 <input type="checkbox"/> 合併症検査が必要な場合 <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9時00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)