**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 | | | | |  | | | | | | | | | | ㊞ |
| 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　住　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 新規発症：HbA1c≧6.5％ | | | | | |
| □ 血糖コントロール不良 | | | | | |
| □ 血糖コントロール不安定  （高齢者、腎機能低下症など） | | | | | |
| □ 緊急性が高い | | | | | |
| □ 合併症検査が必要 | | | | | |
| □ 教育入院 | | | | | |
| □ 栄養指導 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 別紙資料の有無 | | | | | | □ 有　（ CD－R ・ フィルム ・ 検査記録など）　　　　□ 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（代表）