**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）