

診療情報提供書

紹介シート



公益財団法人柏市医療公社

柏市立柏病院
Kashiwa Municipal Hospital

平成 年 月 日

紹介元医療機関

所在地

電話番号

医師宛

直通電話 04-7134-1503

FAX

直通FAX 04-7134-1504

医師氏名

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日 (才)
〒	電話番号	
住所		
当院受診歴 あり ・ なし		
紹介目的 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 合併症精査 <input type="checkbox"/> その他 ()		
※栄養相談は柏市地域栄養相談システムをご活用下さい		
身体・検査所見 身長 _____cm 体重 _____kg 血圧 _____mmHg HbA1c _____% 血糖値 _____mg/dl (<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 食後2時間 <input type="checkbox"/> 随時)		
糖尿病歴 推定罹患期間 _____年 糖尿病家族歴 なし ・ あり		
処方		
眼科受診歴 あり ・ なし (最終受診日 年 月 日)		
受診希望日 第1希望 月 日 () 第2希望 月 日 ()		

※土曜日の専門外来へはご紹介は出来ません。月曜日～金曜日の間でご予約下さい。