

平成 年 月 日

糖尿病患者紹介連絡票（診療情報提供書）

【紹介先医療機関】

八尾市立病院 糖尿病内科

医師

【紹介元医療機関情報】

医療機関名	
医師名	
住所	
TEL	
FAX	

※上記はゴム印でも可能です。

【紹介患者情報】

フリガナ		性別
患者氏名		男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（満 歳）	
住所	〒 -	
電話番号	・携帯	

診断名	糖尿病（ <input type="checkbox"/> 2型・ <input type="checkbox"/> 1型・ <input type="checkbox"/> その他・ <input type="checkbox"/> 妊娠・ <input type="checkbox"/> 不詳）※該当に✓をつけてください。	
目的	紹介	<input type="checkbox"/> 糖尿病教育入院を含む入院加療 <input type="checkbox"/> 外来診療 ○血糖コントロール ○適切な薬剤選定 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病管理 ○持続血糖測定（CGM） <input type="checkbox"/> フットケア（単独対応はできかねます） <input type="checkbox"/> 合併症（ ）の評価 <input type="checkbox"/> 八尾市立病院の診療方針の通り
	逆紹介	<input type="checkbox"/> 紹介元施設で、引き続き通院を希望（インスリンでも可） <input type="checkbox"/> 紹介元施設で、引き続き通院を希望（内服のみ可） <input type="checkbox"/> その他（ ）

※上記の該当項目に✓を入れてください。

病状経過 検査結果等	
---------------	--

予約希望日	第1希望： 月 日（ ）・第2希望： 月 日（ ） <input type="checkbox"/> 最も早い予約 <input type="checkbox"/> いつでも ○都合の悪い日： 月 日
-------	---

※できる限り、都合の悪い日の記載をお願いします。

◆本書は事前予約取得専用です。
 予約当日には、原本をお持ちくださいますようお願いいたします。

八尾市立病院 地域医療連携室
 TEL：072-922-0887
 FAX：072-922-8167