

診療情報提供書 兼 診療予約依頼書 (FAX専用)

(糖尿病外来栄養指導用)

<<紹介元医療機関>> 名称 医師名 所在地 TEL FAX

年 月 日



奈良県総合医療センター 地域医療連携室 TEL 0742-46-6001(代) 0742-81-4891(予約専用ダイヤル) FAX 0742-46-7666 【受付時間 平日8:30~19:00】
--

★別様式の診療情報提供書添付がある場合は→こちらの太枠内のみ記入をお願いします。

フリガナ		性別	生年月日	当院への受診歴
患者氏名		男・女	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ID:
患者住所	〒			電話番号 () -
受診に関する ご要望	火曜日(13:30~):上嶋医師、水曜日(13:30~):古家医師、金曜日(13:30~):上嶋医師 ※その他の曜日などについては要相談			希望する担当医
	希望診察日 ① 年 月 日 ()			
	② 年 月 日 ()			
	※可能な限り、ふだん調理される方と共に受診してください。			
紹介目的	糖尿病外来栄養指導	緊急性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
診断名	糖尿病 1型・2型・その他 ()	合併症	()	
指導内容	指示エネルギー量(kcal) 、その他()			
患者状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー			

経過 検査結果 処方等	
追加書類等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()