

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 所在地 医師名 TEL FAX		年 月 日 奈良県総合医療センター 地域医療連携室行 TEL 0742-46-6001(代) 0742-81-4891(予約専用ダイヤル) 一時入力 FAX 0742-46-7666 (地連直通) 【受付時間 平日9:00~17:00】受付時間以外の返信は翌営業日
	担当者	

★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		男・女	生年月日 (明・大・昭・平・令)	当院への受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
患者氏名		歳	年 月 日	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				
	希望診察日①	年	月	日()	希望する担当医
	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下さい。					
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 ()

