

紹介・予約申込書 (FAX送付票)

申込日 令和 年 月 日

紹介元	所在地	
	医療機関	TEL.
	担当医師	FAX.
診療	診療科	<input type="checkbox"/> 希望診療科(科) <input type="checkbox"/> 指定なし
	担当医師	<input type="checkbox"/> 希望医師名(医師) <input type="checkbox"/> 指定なし
	希望日時	第1希望 年 月 日 () 午前 時 分
		第2希望 年 月 日 () 午前 時 分
依頼	紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> その他
	コメント	

(患者 基本 情報)

患者様の受診時の待ち時間短縮のため、事前に診療録の準備をさせていただきますので、患者様の保険情報の提供をお願い致します。

フリガナ		性別
患者氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	
住所	〒	
(電話番号)		TEL(- -)
保険情報	保険者番号	公費負担者番号
	記号	公費負担番号の 受給者番号
	番号	公費負担者番号
	個人負担割合	割 公費負担番号の 受給者番号
本院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号)	

ご記入いただいた個人情報は医療の提供のために用います。

診療情報提供（食事指導依頼書）

令和 年 月 日

県立安芸津病院 食事指導担当医 行

〔発信者〕 医療機関名

担当医

TEL.

FAX.

フリガナ												性別
患者氏名												男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生								(歳)
住所	〒											
(電話番号)	TEL(- -)											
傷病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 高血圧症									
	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 膵炎									
	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 肥満	<input type="checkbox"/> その他()									
紹介目的	食事指導依頼											
希望内容	<input type="checkbox"/> 糖尿病食(Kcal)		<input type="checkbox"/> 高脂血症食 (<input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> 中性脂肪)									
	<input type="checkbox"/> 減塩食(食塩 6 g/日)		<input type="checkbox"/> その他()									
	<input type="checkbox"/> アルコール (可 ・ 不可)											
	<input type="checkbox"/> 食事記録評価											
治療経過	身長 cm ・ 体重 kg											
検査データ 年 月 日	血糖(食前,食後 時間)	HbA1c	BUN	Cr	UA	T-cho	TG	HDL	LDL	Na	K	
その他												
処方												