

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.
診療依頼	担当医師	FAX.
	診療科	☐ 希望診療科(科) ☐ 指定なし
	担当医師	☐ 希望医師名(医師) ☐ 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
紹介目的	☐ 診察 ☐ 食事指導 ☐ 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	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								公費負担者番号の 受給者番号									
	番 号								公費負担者番号									
	枝 番								公費負担者番号の 受給者番号									
	個人負担割合								割									
本院受診歴	☐ なし ☐ 不明 ☐ 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	大・昭・平・令 年 月 日生 （ 歳）												
住 所	〒												
(電話番号)	TEL(- -)												
傷 病 名	☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 高血圧症 ☐ 肝疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 膵炎 ☐ 高尿酸血症 ☐ 肥満 ☐ その他()												
紹介目的	食事指導依頼												
希望内容	☐ 糖尿病食(Kcal) ☐ 高脂血症食 (☐ コレステロール ☐ 中性脂肪) ☐ 減塩食(食塩 6 g／日) ☐ その他() ☐ アルコール (可 ・ 不可) ☐ 食事記録評価												
治療経過	身長 cm ・ 体重 kg												
検査データー	血糖(食前,食後 時間)	HbA1c	BUN	Cr	UA	T-cho	TG	HDL	LDL	Na	K		
年 月 日													
そ の 他													
処 方													