

## 診療情報提供書 兼 診療予約申込書(糖尿病地域連携パス)

河

山形県立河北病院 地域医療部 宛  
【FAX 0800-800-1506】

令和 年 月 日

医療機関名 : \_\_\_\_\_  
医 師 名 : \_\_\_\_\_  
電 話 : \_\_\_\_\_  
F A X : \_\_\_\_\_

患者様情報（★の項目は、必ずご記入をお願いします。）

(フリガナ) \_\_\_\_\_  
★ 氏 名 \_\_\_\_\_

★ 性 別 男 ・ 女 ★ 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

★ 住 所 (〒 - - - ) \_\_\_\_\_

★ 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 ( 歳 )

☆ 河北病院の受診歴 (○で囲んで下さい。)

有	(診察券番号	-	-	)
無				

1 病名

2 紹介目的 該当項目にチェックを入れて下さい。

 血糖コントロール  治療法の検討  合併症チェック  栄養指導 その他 ( )

3 既往歴・家族歴

4 症状経過 □ 別記

5 データ □ 別記

(採血日 / )

空腹時血糖 mg/dl 隨時血糖 mg/dl HbA1c %

6 現在の処方

糖尿病薬 □別記 ( ) その他の薬 □別記 ( )  
□お薬手帳参照 □お薬手帳参照

7 受診希望日 ( 月 日 )

受診希望日があればご記入下さい。なお、糖尿病地域連携パスの外来予約は毎週木曜日の午後になります。

8 特記事項

お申し込みいただき、ありがとうございました。  
のちほど、当方から予約状況についてご連絡させて頂きます。

2024.4月現在