済生会横浜市東部病院　地域医療連携室 行　FAX. 045-576-3547

済生会横浜市東部病院

糖尿病合併症検査申込書　兼　紹介状

□ 太枠内すべて記入し FAX 送信下さいますようお願いします。
本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約日時に2階糖尿病内分泌センター受付にご提出いただきますようお伝え下さい。

予約日時　　月　　日　　9：00

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴　□ 無　□ 有　□不明

ID

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記	
生年月日	□明　□大　□昭　□平　　年　　月　　日	電話番号	自宅 その他連絡先
住所	〒	年齢　　歳	性別　□ 男性　□ 女性
保険区分	□ 健康保険　□ 公費12　□ 自賠　□ その他（　　）		

（該当項目をチェック☑して下さい）　　病　名

□糖尿病 ┬ □ 1型 └ □ 2型　糖尿病歴　　年　□高血圧 ┬ □＋ └ □－　□高脂血症 ┬ □＋ └ □－　□その他疾患（　　）

現在の処方・その他

＊薬物アレルギー　□ なし　□ あり⇒（詳細　　）

Ver.01_2018

＊こちらの申込書はホームページよりダウンロードしてもご利用いただけます。