FAX. 045-576-3547

済生会横浜市東部病院　地域医療連携室 行

(☎045-576-3546)

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

太枠内すべてご記入いただきFAXでの送信、また原本は患者さんへお渡しくださいますようお願いします。

患者さんへのご注意事項（下記事項を患者さんへお伝えくださいますようお願いします）

- □ 予約日時に当申込書をご持参のうえ、2階「糖尿病・内分泌センター（21）」受付にお越しください。
- □ 当日の食事、内服薬はお控えください。
- □ インスリン注射は原則中止ですが、血糖不安定で空腹での来院が難しい場合はインスリンを打ち、食事をしての来院も可能です。
- □ 降圧剤は高血糖が顕著な場合は内服可能です。

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	□大　□昭　□平　□令　□西暦 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_2019

＊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。