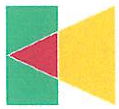


診療情報提供書（糖尿病センター用）

紹介シート



公益財団法人柏市医療公社

柏市立柏病院

Kashiwa Municipal Hospital

平成 年 月 日

紹介元医療機関

所在地

電話番号

FAX

医師氏名

医師宛

直通電話 04-7134-1503

直通FAX 04-7134-1504

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名 様	男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日（才）
〒	電話番号	
住所		
当院受診歴 あり ・ なし		
紹介目的 ☐ 教育入院 ☐ 血糖コントロール ☐ 合併症精査 ☐ その他（ ）		
※栄養相談は柏市地域栄養相談システムをご活用下さい		
身体・検査所見 身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ mmHg HbA1c _____ % 血糖値 _____ mg/dl（ ☐ 空腹時 ☐ 食後2時間 ☐ 随時）		
糖尿病歴 推定罹患期間 _____ 年 糖尿病家族歴 なし ・ あり		
処方		
眼科受診歴 あり ・ なし （最終受診日 年 月 日）		
受診希望日 第1希望 月 日（ ） 第2希望 月 日（ ）		

※土曜日の専門外来へはご紹介は出来ません。月曜日～金曜日の間でご予約下さい。