

受診連絡票・保険情報記入用紙 (FAX用)

順天堂大学医学部附属順天堂医院
医療連携室 行

FAX番号 0120-03-3946

受診予定日 月 日 (午前・午後)

貴医療機関名

住所

医師氏名

Tel番号 ()

↓当院診療科に指定医がいる場合ご記入ください。

受診される診療科名に○印をご記入ください。(先生)

○印	受診科	総合診療科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	腎・高血圧内科	膠原病・リウマチ内科	血液内科	糖尿病・内分泌内科	メンタルクリニック	脳神経内科	小児科・思春期科	食道・胃外科	大腸・肛門外科	肝・胆・膵外科	乳腺科	心臓血管外科	呼吸器外科	泌尿生殖器外科	小児外科・小児	脳神経外科	整形外科・ スポーツ診療科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	コンタクトレンズ	耳鼻咽喉・頭頸科	放射線科	産科	婦人科	麻酔科	ペインクリニック	歯科	口腔外科		

フリガナ
患者氏名

様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生 (歳)

住所

患者連絡先Tel番号 ()

保険情報記入欄 (保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信して頂く場合ご記入は不要です。)

■ 被保険者証(本人・家族)(0割・1割・2割・3割)

保険者番号							
記号・番号							
資格取得日		年	月	日			
有効期間			～				

■ 第一公費負担医療受給者証

負担者番号							
受給者担者							
有効期間			～				

■ 老人医療受給者証 (1割・2割)

市町村番号							
受給者番号							
有効期間			～				

■ 第二公費負担医療受給者証

負担者番号							
受給者担者							
有効期間			～				

順天堂医院 糖尿病・内分泌内科 糖尿病教育入院

医療連携室 FAX 0120-03-3946

一般のご紹介状・保険証とともにお送り下さい。お時間がなければ、取り急ぎ本用紙のみ先送下さるようお願い申し上げます。 お分かりになる範囲で結構です。

入院予定日 年 月 日

順天堂 ID ふりがな
氏名 様

身長 cm 体重 kg 罹病期間 年、男・女 歳

申し込み医師 FAX 番号

★連絡先(重要) 入院前2週間前の土曜日に医局から、また、前日の金曜日に医事課から、患者様にご連絡させていただきます。

日中に連絡可能な、お電話番号(最も確実に連絡がとれる連絡先に○をおつけ下さい)

平日にお仕事をされている場合は、連絡先が自宅のみではご連絡できない可能性があります。

1. 自宅 _____

2. 携帯 _____

3. 職場 _____

(職場に連絡して良い場合のみ、ご記載下さい)

4. その他 _____

コメント 連絡してほしい時間帯など.

※ 以下、該当する項目に○を付けて下さい。

・ 社会適応 (保たれている 、 全くない)

・ 急性感染症 (ある 、 ない)

・ 栄養指導 : 未施行 、 施行

・ 指示カロリー kcal、塩分制限 : - + 、蛋白制限 : - +

- ・ 糖尿病網膜症 検査： 未 なし あり : (詳細)
- ・ 糖尿病腎症 検査： 未 なし あり : (詳細)
- ・ 糖尿病神経症 検査： 未 なし あり : (詳細)
- ・ 心疾患 検査： 未 なし あり : (詳細)
- ・ 負荷心電図 : 未施行、施行 : 陰性、陽性
- ・ 脳血管疾患検査 : 未 なし あり : (詳細)
- ・ 頸動脈エコー : 未施行 施行 : (詳細)

・ 運動療法

全く運動制限なし

支障あり (例：腰痛、膝関節症、術後など)

適応外 (例：腎症、網膜症、狭心症など)

投与薬剤(わかる範囲で)

- | | |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

他疾患(状態と治療) 例) 狭心症、バイアスピリン内服中

- 1.
- 2.
- 3.

その他(治療内容、患者さまに対する印象、教育入院担当医への要望などあればご記入下さい)