

紹介患者さまご依頼情報

患者氏名 _____ 様 男 ☐ 女 ☐ 生年月日 _____ 年 月 日 歳

紹介目的 ☐血糖コントロール ☐初期治療および教育 ☐インスリン導入

☐栄養指導 ☐眼科診察・治療 ☐腎症評価および教育・治療

☐検査依頼：☐腹部エコー ☐頸動脈エコー ☐心電図&心エコー ☐A B I ☐甲状腺エコー

☐C T (部位： _____ 目的： _____ 造影希望☐あり☐なし)

☐その他 _____

☐外来希望 ☐入院希望

併存疾患 ☐虚血性心疾患 ☐不整脈 ☐心不全 ☐その他 _____

既往 ☐脳梗塞 ☐脳出血 ☐その他 _____

アレルギー(これまで使用して副作用などで中止した薬剤についてもご記入ください)

*紹介状（診情）の宛先は、関西メディカル病院でお願いします。

*紹介目的が栄養指導のみの場合、初診日に栄養指導を実施するため、直近3日間の食事内容がわかる資料をご持参ください。

形式は問いません。紙への記録や、スマートフォンで撮影された写真など、記録しやすい方法で構いません。

*その他、伝達事項など自由にご記入ください。
