

令和 年 月 日

糖尿病教室・栄養指導 専用紹介状（診療情報提供書）

焼津市立総合病院

代謝内分泌内科

担当医先生 御侍史

医院名

医師名

Tel・FAX

次のとおり、患者様をご紹介します。

フリガナ		
患者氏名		男 ・ 女
生年月日		
患者住所		
電話番号		

- 主病名 : 1型糖尿病・糖尿病性合併症なし
 1型糖尿病・糖尿病性合併症あり
 2型糖尿病・糖尿病性合併症なし
 2型糖尿病・糖尿病性合併症あり

- 依頼事項: 糖尿病教室*の受講をお願いします（火曜日午後に初回受診）。
 糖尿病の個別栄養指導をお願いします（身長・体重・Cre を記載）。

身長 cm , 体重 kg , Cre mg/dL

受診希望日 予約は申込から概ね3日以降	第1希望 月 日 ()
	第2希望 月 日 ()
その他（留意事項など）	

※糖尿病教室は、火曜日・水曜日 13:00～1 時間程度行ないます。隔週で講義内容が異なるため、計4回の受講で完遂となるプログラムです。

※ 原本は患者様にお渡しください。 (FAX 送信先 地域医療連携室 054-623-9424)