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　　　　　　　　　　　　医院名

担当医先生　御侍史　　　　　　　　　　医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel･FAX

次のとおり、患者様をご紹介します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 　　　男　・　女 |
| 患者氏名 |  |
| 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。隔週で同じ講義内容となります。４回の受講で完遂となるプログラムです。