

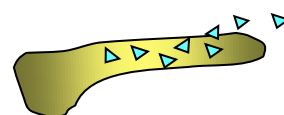
# 糖尿病 紹介状

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男性・女性

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

- 糖尿病療養支援（療養指導、栄養指導、薬剤指導）
- 血糖コントロール（貴院のインスリン対応 可・不可）
- その他（病型診断、合併症の評価）

インスリン



膵臓

詳しい問診は当院初診時にご本人よりさせていただきます。

お気付きのことがございましたら、簡単にご記載ください

(主訴、いつ頃から、既往歴、家族歴、過去の検査データ)

迅速な診察のご希望について

- 即日、もしくは翌日
- 1週間以内を目安に
- 2週間以内を目安に
- 1ヶ月以内を目安に
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご依頼医療機関 \_\_\_\_\_

医師 \_\_\_\_\_

ご依頼日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日