

紹介患者さま事前登録申し込み用紙

兼 診療情報提供書(糖尿病合併症外来専用)

希望受診日	年 月 日 (月)	①13:30 ②14:00 ※検査は午前のため、来院は午前になります
希望診療科	糖尿病合併症外来	担当医 鹿野 燎 医師
右記オプション検査必要時は□にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心臓エコー <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 眼底カメラ(散瞳・眼科医診察あり)		オプション検査を <input type="checkbox"/> 受診と同日 <input type="checkbox"/> 受診と別日 ※受診と同日を希望される場合、空き時間が発生します。
オプション希望日(水曜日を除く) 年 月 日() AM		※オプション検査を別日でご希望の場合、 受診日前週になります。ご了承ください。

患者さま個人情報

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	男女
氏名			年 月 日 (歳)	男 女
患者さまのインスリン ※記入必須		あり	なし	
住所	(〒 -)	TEL		
当院の診察券をお持ちの方はID番号を記入してください				

患者さま保険情報

【被保険者証】

保険者番号									
記号	番号								
資格取得月日		年 月 日	有効期限		年 月 日				
被保険者氏名			続柄						
一部負担金の割合			割						

【公費負担医療受給者証】

負担者番号								受給者番号						
有効期限			年		月			日						

紹介元医療機関

医療機関名		担当医師	
所在地		Tel	
		Fax	
備考			

- ☆ 15時30分以降の受け付けにつきましては診療科の都合により、お返事が翌日以降になることがありますのでご了承ください。
- ☆ 時間外・土・日・祝日に送信いただいた場合は、翌平日の受け付けとなりますのでご了承ください。
- ☆ 糖尿病合併症外来の予約では、診療情報提供書は不要です。