



# 紹介患者さま事前登録申し込み用紙

年 月 日

## 糖尿病合併症外来専用

**必ずご記入ください**

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。 □腹部エコー □心臓エコー □上部消化管内視鏡 □眼底カメラ(散瞳・眼科医診察あり)	オプション検査を □受診と同日 □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	あやべ はなこ	生年月日	T・S・H・R	男女
氏名	綾部 花子	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	(〒 - ) 綾部市△×○町2丁目	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	<b>保険証等のコピーでも結構です</b>						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	〇〇病院	担当医師	綾部 太郎
所在地	綾部市〇〇〇町1番地	Tel	43-△△△△
		Fax	44-〇〇〇〇

**必ずご記入ください**

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。