綾部市立病院　連携医療室　Fax:(0773)43-0246　Tel:(0773)43-0123

# 紹介患者さま事前登録申し込み用紙

年　月　日

## 兼　診療情報提供書（糖尿病合併症外来専用）

必ずご記入下さい

| | | | |
|---|---|---|---|
| 希望受診日 | 年　月　日（　月） | ①13:30　②14:00<br>※検査は午前の為、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 | 細川　由梨子医師 |

右記オプション検査必要時は□にチェックお願いします。

□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 | M・T・S・H・R<br>年　月　日<br>（　歳） | 男<br>女 |
| 氏　名 | 綾部　花子 | | | |
| 患者さまのインスリン　※記入必須 | あり | なし | | |
| 住　所 | （〒　-　）<br>綾部市△×〇町２丁目 | TEL | | |
| 当院の診察券をお持ちの方はID番号を記入して下さい | | | | |

### 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 | 年　月　日 | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 続　柄 | | | | | | |
| 一部負担金の割合 | 割 | | | | | | | |

保険証等のコピーでも結構です

【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 |
| 備　考 | | | |

必ずご記入下さい

☆　15時30分以降の受付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下さい。
☆　土曜日は受け付けいたしません。送信いただいても翌週平日の朝の処理となりますのでご了承下さい。
☆　翌日予約については前日の15時30分までとします。　**※糖尿病合併症外来に限り、診療情報提供書は不要です。**