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

診療情報提供書（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	北出　美幸医師
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	T・S・H・R 年　月　日 （　歳）	男 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	（〒　-　） 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							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			

必ずご記入ください

☆　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。
☆　<u>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。</u>