

診療情報提供書 ( FAX予約申込書 兼 栄養指導箋 )

函館中央病院

医療機関名 :

糖尿病・内分泌内科 御担当先生 行

医師名 :

印

〒040-8585 函館市本町33-2

代表電話 (0138)52-1231

【地域医療連携室】

直通電話 (0138)55-3421

T E L :

F A X :

【患者様基本情報】

フリガナ		性別	住所	
患者氏名	様	男・女	電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )	職業		
希望診察日	年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後			
保険者番号		公費保険情報		
記号・番号		負担者番号		負担区分
被保険者氏名		受給者番号		初診時一部負担
続柄	本人 ・ 家族	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	1割・( )割
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	負担者番号		負担区分
備考		受給者番号		初診時一部負担
		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	1割・( )割

【診療情報提供(栄養指導箋)】

【病名等】

  
  

【身体状況】

身長(                  cm、体重                  )kg、血圧(                  /                  )mmHg

検査値: 必要時に応じてデータを添付

**指導の指示** ※指導依頼時に必ず記入して下さい

食 (                  ) 単位)

---

コメント等

本書を当日、患者様に持参して頂くようお願いいたします。

○予約の日時が決まり次第FAXにてお知らせいたします。(15分程度)返送のない場合はお手数ですが、御連絡くださいますようお願い申し上げます。

○FAX受付は24時間随時行っておりますが、誠に勝手ながら休診日と下記時間以外のお申込は、翌日等に返送させて頂くこととなりますので御了承下さい。

FAX受付時間(日曜・祝日を除く) ■平日 9:00 ~ 16:00 ■土曜 9:00 ~ 12:00