

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