

(CGM検査専用申込)

令和 年 月 日

大崎市民病院 持続血糖測定 (CGM) 検査 予約申込書兼診療情報提供書

FAX番号0229-24-3005

地域医療連携室 直通TEL0229-23-9986

予約受付時間：平日（祝祭日除く）8:30～17:00

受診希望日	第1希望： 月 日 (金)	貴院の名称			
※翌週以降 でお申込み ください。	第2希望： 月 日 (金)	所在地			
	<input type="checkbox"/> いつでも可 (金)	TEL			
紹介診療科	糖尿病・代謝内科	FAX			
医師名	検査担当医	医師名 科 ④			
ふりがな		市民病院 受診歴 (分院・診療所を含む)			
患者氏名	様 (旧姓) :	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不詳 (市民病院ID) :			
性別	男・女	年齢	才	電話	自宅
生年月日	(M・T・S・H・R)	年	月	日	携帯
住所	〒 -				
紹介目的	持続血糖モニタリング (CGM) 依頼 <input type="checkbox"/> インスリン抵抗性の評価 <input type="checkbox"/> 至適インスリン量の決定				
傷病名	<input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病				
主訴					
① 既往歴及び家族歴 ② 症状経過 ③ 検査結果 ④ 治療経過 ⑤ 現在の処方					
検査結果説明の実施： <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 市民病院 (合計2～3回受診を要します)					
HbA1c： % , 食後血糖値： mg/dl (食後 時間)					

- この用紙は診療情報提供書 (紹介状) として扱えます。
- 診療情報提供書 (紹介状) の原本は患者様に交付し予約日に持参するようお願いいたします。