

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			
	☐ 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 ㊞		
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)：		☐ なし ☐ あり ☐ 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)	年	月	日	携帯
住所	〒 -				
紹介目的	持続血糖モニタリング (CGM) 依頼 ☐ インスリン抵抗性の評価 ☐ 至適インスリン量の決定				
傷病名	☐ 1型糖尿病 ☐ 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： ☐ 自院 ☐ 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計らいください。