

岡崎市民病院 医科歯科連携 受診依頼票

年 月 日

診察依頼

内分泌・糖尿病内科 科 (担当医 先生)

検査のみ依頼

検査項目 : 単純CT ・ 造影CT ・
 エコー ・ RI ・ 骨密度 ・ 神経伝導速度 ・ その他 ()

★予約希望日

- 希望あり (第3希望までお書きください)
第1希望 年 月 日 曜日
第2希望 年 月 日 曜日
第3希望 年 月 日 曜日
 明日以降早い日を希望
 受診日未定
 本日希望

医療機関名

医師名

TEL

FAX

★Web予約 年 月 日 曜日 時 分

★救急車の使用 (有 無)

★岡崎市民病院から詳細な診療状況を示す文書の提供を希望する。

→ 希望しない場合は左記に✓を入れてください。

*予約変更に関しましては、当院と患者様が直接調整させていただきますのでご了承ください。
尚、変更した場合は、紹介医へ変更日時等をご連絡させていただきます。

| | | | | |
|-----|------|-------|---|--|
| 受診者 | フリガナ | | 性別 | 生 年 月 日 |
| | 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 |
| | 住所 | (〒) | | |
| | TEL | 自宅電話 | 携帯電話 | |

当院診察券番号 (ID) (当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)

算定状況 在宅時医学総合管理料 ・ 在宅がん医療総合診療科 ・ 在宅療養指導管理料 ・ 特定施設入居等医学総合管理料

【主訴又は診断】

#糖尿病疑い #歯周病

【依頼目的】

平素よりお世話になり誠にありがとうございます。
患者様は糖尿病が疑われるため、精査についてよろしくお願い申し上げます。

糖尿病チェックリスト

* (1)か(2)のどちらか選択して下さい

(1) 今まで血糖高値の指摘あるが治療なし (2) 糖尿病の受診中断・治療中断

口腔内状態

* (1)か(2)のどちらか選択して下さい

(1) 糖尿病手帳を参照

(2) 下記を参照

歯周病 なし 軽度 中等度 重度

口腔清掃 良 普通 不十分

現在本数 () 本 咀嚼力に問題あり 義歯・ブリッジあり インプラントあり

その他 ()

CD-R・フィルム・USB・病理標本 有 (患者持参 ・ 集配) ・ なし 返却 (要 ・ 患者へ ・ 不要)

検査結果・その他 有 (患者持参 ・ 集配 ・ FAX) ・ なし 返却 (要 ・ 患者へ ・ 不要)

岡崎市民病院地域医療連携室 病診連携 (TEL:0564-66-7262 FAX:0564-25-6720)

岡崎市民病院 医科歯科連携 受診依頼票

受診者

| | | | |
|-------------|--|--------------|--|
| 氏名 | | 当院診察券番号 (ID) | |
| 【経過及び依頼目的②】 | | | |