

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 ・ ☐ 単純MRI ・ ☐ 造影MRI
☐ 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			☐ 男 ☐ 女	☐ 大 ☐ 平 年 月 日 ☐ 昭 ☐ 令	
	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 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】			