JCHO横浜中央病院　糖尿病チーム

糖尿病スクリーニング検査依頼書(診療情報提供書)

≪登録医専用≫

**紹介医療機関名**

**紹介元医療機関**

名称・所在地

医師名

≪TEL≫

≪FAX≫

JCHO横浜中央病院

総合診療科　小澤　康太　先生

**※予約日につきましては、患者様と**

**直接ご相談させていただきます。**

フリガナ

**患者氏名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　**性別**　　男　・　女　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**生年月日**　T・S・H　　　年　　　月　　　日(　　歳)

**患者住所**〒

**連絡の取れる連絡先**

□自宅　□携帯　　　　（　　　　）

**当院への受診歴**　　有　・　無　・　不明　　　　　**患者登録番号**

既往歴・希望事項

* 地域医療連携室宛てにFAX送信してください。
* お薬手帳もしくは処方箋のコピーを添付送信いただけますと幸いです。
* こちらから直接患者様と連絡をとり、予約させていただきます。

その後診療受付書をFAXさせていただきます。

患者様にお渡しいただき、受診当日、受付①紹介患者様窓口へ保険証（お薬手帳・DM手帳等）とともにご持参いただけますようご指示ください。



地域ケアサービスセンター

FAX　045-681-9542

TEL　045-681-9534　(直通)

TEL　045-681-1921　(代表)