FAX：045-681-9542　JCHO横浜中央病院　地域ケアサービスセンター

糖尿病合併症スクリーニング検診依頼書 (診療情報提供書)

≪登録医専用≫

**紹介元**

名 称

住 所

Tel  
Fax

医師名

≪FAX≫

**紹介先医療機関名**

JCHO横浜中央病院

総合診療科　小澤　康太　先生

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**〒　　　　　　　　　　　区

**連絡の取れる患者様連絡先**

□自宅　□携帯　　　　（　　　　）

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

希望検診：□半日コース　　□2日間コース　　（どちらかをチェックお願いします）

半日型：血液・尿検査、心電図、胸部レ線、眼科、歯周病検診、フットケア、  
栄養相談、眼科（眼底検査）、腎臓内科、総合説明指導

2日間型：頸動脈エコー（脳外科診察）、心エコー（循環器科診察）、ABIの追加

既往歴や希望・相談事項など

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。

**横浜中央病院****地域ケアサービスセンター**

FAX：045-681-9542

TEL：045-681-9534 (直通)　045-681-1921 (代表)

* 地域ケアサービスセンター宛てにFAX送信してください。
* 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。（火 or 金）  
  その後検診受付書をFAXさせていただきますので、患者様にお渡しください。
* 受診当日は、受付①紹介患者窓口へ、保険証とともに提出をお願いします。  
  当院の診察券（お持ちの場合）、お薬手帳・糖尿病手帳等のご持参もお願いします、

