

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。

- ◎ 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、



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)