

独立行政法人地域医療機能推進機構  
中京病院 地域連携システム  
糖尿病センター・地域連携外来専用  
【FAX 052-691-6053】

平成 年 月 日

登録医療機関

登録医

電話

FAX

フリガナ

受診者氏名 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

住所 TEL

受診歴の有無 有・無 受診希望日 年 月 日

御紹介目的 ☐合併症精査(初回・再診) ☐血糖コントロール目的 ☐インスリン導入  
現在の処方内容

依頼内容

1. 他科受診の希望の有無

- ☐細小血管障害 (眼科 ・ 腎透析科)  
☐大血管障害 (循環器内科 ・ 神経内科 ・ 血管外科)  
☐その他 (歯科)

2. 検査の希望 (場合によっては、専門科を紹介受診いたします。)

- ☐蓄尿検査、微量アルブミン ☐神経伝導速度 ☐安静時心電図+CVRR  
☐運動負荷心電図 ☐冠動脈 CT ☐心エコー  
☐頸動脈エコー ☐血圧脈波+SPP ☐下肢動脈エコー

3. 療養指導

- ☐栄養食事指導 ☐外来糖尿病教室 (原則第 1 火曜日午後)  
☐フットケア外来 (毎週木曜)

4. その他、ご要望があれば自由にご記入ください。