

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・外来糖尿病教室受講専用
【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(火) (原則的に毎月第一火曜日 14:00~16:35 です。)

患者情報 糖尿病で貴院外来通院中 その他(_____)
投薬内容やコントロール状況・合併症の程度など、支障のない範囲でご記入ください。

[_____]

注意点

1. 外来糖尿病教室の概要は別紙ご参照ください。また自由診療扱いとなります。
2. 予約手続きが完了しましたら、地域医療連携・相談室より連携医の先生へご連絡いたします。
3. 外来受診の必要はありませんが、本館2階地域連携窓口で手続きの上、会場へお越しください。
4. 他の検査や治療を希望される場合、お手数ですが別紙の糖尿病センター外来宛ての用紙をご使用ください。