

糖尿病教育入院申込書・診療情報提供書 (FAX用)

医療連携課 FAX番号 : 03-3400-0193

※当日のご予約、再診、患者さんからのご予約はお受け出来ません。
糖尿病教育入院の予約受付は2週間前までとさせていただきます。

日本赤十字社医療センター 医療連携課 行

医療機関名

医師名

住所

電話番号

FAX番号

※下記の太枠内をご記入の上、医療連携課へFAXしてください

【申込日 月 日】			
希望日時 (当日申込・再診の予約はできません/予約状況によってはご希望に添えない場合があります)			
検査日 (第一希望)	月 日	(第二希望)	月 日
入院日 (第一希望)	月 日	(第二希望)	月 日
ふりがな 患者氏名	生年月日	年 月 日	男・女
※旧姓の記入もお願い致します⇒ (旧姓:)			
住所 〒	自宅 携帯		
当センター受診歴 (事前に患者さんにご確認ください)	無・有 (科)	日赤医療センターID (お持ちの場合)	
○患者さんの基本情報			
身長	cm	体重	kg
○臨床検査値			
推定糖尿病歴	年	最近の血糖値	グリコヘモグロビン値
○合併症について			
高血圧	あり	なし	
下腿浮腫	あり	なし	
下肢のしびれ感	あり	なし	
網膜症	あり	なし	未評価
その他の合併症	()		
○部屋希望	大部屋・個室 (① 30,800円 ② 41,800円 ③ 45,100円) からお選びください。 ※大部屋の場合、窓側と廊下側があり、窓側は1日につき別途2,200円かかりますが、選択することはできませんので、ご了承ください。		
(その他特記事項)			

日赤医療センター記入欄

○下記のご予約をお取りしました

月 日

検査日 月 日 時 分

※検査当日は健康保険証をお持ちになり、診察予約20分前までに1階 初診受付までお越し下さい。

※検査当日は8時まで朝食を済ませ、昼食は摂取しないでください。

入院日 月 日 7泊8日 糖尿病教育入院

※入院当日は健康保険証、診察カードをお持ちになり、1階 入院受付までお越し下さい。

※詳しいご案内は医療連携課から患者さんのご自宅に郵送させていただきます。