

糖尿病教育入院申込書・診療情報提供書 (FAX用)

医療・地域連携課 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。
予約受付は前日の午後3時までとさせていただきます。

医療機関名
医師名
日本赤十字社医療センター 医療・地域連携課 行
住所
電話番号
FAX番号

※下記の太枠内をご記入の上、医療・地域連携課へ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) (第一希望) 月 日 (第二希望) 月 日			
ふりがな 患者氏名 ※旧姓の記入もお願い致します⇒ (旧姓:)	生年月日	年 月 日	男・女
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)	
○入院期間 : 1週間 ・ 2泊3日 ※希望に○を付けてください。 《2泊3日の入院は投薬調整やインスリン導入は行いませんのでご注意ください!!》			
○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 手足の浮腫 あり・なし 下肢のしびれ 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 ※希望のお部屋に○をつけてください。 大部屋・個室 (①29,500円 ②45,000円 ③48,000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2,100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。			
【2泊3日の入院のみ】※いずれかにチェックをお願いいたします※			
○トレッドミル検査結果に関する対応について (異常所見がある場合) <input type="checkbox"/> 日赤医療センターで対処してもらいたい <input type="checkbox"/> 紹介元に結果のみ報告してもらいたい ※なお、緊急性があると考えられる場合は、上記記載にかかわらず、日赤医療センターで対処をさせていただきます。			
(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
入院日 月 日 糖尿病教育入院	
※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・地域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。	