

糖尿病合併症外来予約申込票

京都済生会病院 地域連携室

TEL 075-956-3825(直通)

受付時間(原則):平日 午前9時~午後7時30分(木曜日は午後5時00分まで)

ご紹介元医療機関名

▼ご紹介患者さん情報

予約希望日	第1希望	年	月	日 ()	第2希望	年	月	日 ()
フリガナ	姓	名			性別	生 年 月 日		
患者氏名					男・女	T・S H・R	年	月 日
住 所	〒 -							
連絡先	() - () - () ※日中連絡が取れる電話番号をお願いします							

▼オプション1(希望する・しないに必ずチェックをして下さい。)

項目	希望	
血液検査(一般採血・HbA1c)	☐ する	☐ しない
尿検査(尿一般)	☐ する	☐ しない

▼オプション2(希望する・しないに必ずチェックをして下さい。)

(オプション2をご希望の場合は結果がでるのに時間がかかるため、診察日の1週間以上前に一度来院をお願いしております)

予約希望日	第1希望	年	月	日 ()	第2希望	年	月	日 ()
項目					希望			
血液検査(CPR)					☐ する	☐ しない		
血液検査(抗GAD抗体)					☐ する	☐ しない		
尿検査(微量アルブミン尿)					☐ する	☐ しない		
心エコー					☐ する	☐ しない		
<u>腹部エコー※</u>					☐ する	☐ しない		

※腹部エコーは昼食が欠食もしくは延食となるので、検査日の投薬についてあらかじめご指示をお願いします。

▼今回適用される保険(保険証のコピー参照でも可) ※該当項目に○をご記入ください

保険(国保・健保) ・ 労災 ・ 生保 ・ 自費

▼病名・病状等の連絡事項(診療情報提供書の参照でも可)

※折り返し「予約票」等をFAX送信致します。

上記受付時間外分のFAXについては、翌外来診療日に手続きさせていただきます。

一部の予約申込を除き、原則は患者さんご本人からの予約は承っておりません。