糖尿病（栄養指導・フットケア外来）用　患者紹介状・申込書

独立行政法人国立病院機構
広島西医療センター
地域医療連携担当者　　行
ＦＡＸ：0827-57-7701
ＴＥＬ：0827-57-7183（内線 2140）

紹介医療機関
住　所
名　称
医師氏名
ＴＥＬ
ＦＡＸ

糖尿病・内分泌・代謝科

※希望日

①栄養指導　　年　　月　　日（　曜日）

②フットケア外来　　年　　月　　日（水曜日）　　先生

③いつでもよい

フリガナ		旧姓	男・女	生　年　月　日		
患者氏名				大・昭・平・令　年　月　日生		
現 住 所	〒			電話番号	—　—	
連 絡 先	〒			電話番号	—　—	
当院受診歴	有　・　無			開放病床希望	有　・　無	
病名	□糖尿病　□高血圧症　□腎臓病　□脂質異常症　□心臓病　□糖尿病性腎症 □その他（　　）					
治療経過 症状						
身体測定	身長　　cm		体重	Kg		
目的	栄養指導	指導内容・指示栄養量	□糖尿病　□高血圧症　□腎臓病　□脂質異常症　□心臓病　□糖尿病性腎症 □その他（　　）			
			・エネルギー：　kcal　・カリウム制限：　mg ・たんぱく質　g　・リン制限　mg ・脂質　g　・水分制限　ml ・その他 ※指示栄養量の記載がない場合はガイドライン・日本人の食摂取量基準等により算出します			
	フットケア	介入内容	□足病変観察・足評価			
			□フットケア全般ケア			
			□フットケア自己管理指導			
			□その他（　　）			

☆診療準備のため、お手数ですが診療情報提供書を一緒にＦＡＸ願います。

保険情報

主保険

保険者番号		負担者番号		
記号・番号	枝番	受給番号		
区　分	本人　・　家族	資格取得	年　月　日	
被保険者名		有効期限	年　月　日	
資格取得	年　月　日	負担者番号		
有効期限	年　月　日	受給番号		
		資格取得	年　月　日	
		有効期限	年　月　日	

公 費

ご記入いただいた個人情報は
医療の提供のために用います