診療情報提供書　貴院の書式でも構いません。

福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科学 新患外来担当医 宛

年　　月　　日

名刺を貼付頂いても結構です。

紹介元 医療機関名	
所在地	
TEL（　　）　　－　　FAX（　　）　　－	
診療科名・ 医師氏名	

福島県立医科大学附属病院

〈患者サポートセンター外来予約担当〉

FAX　024（547）1075

TEL　024（547）1074

予約申し込み受け付け時間

月～金曜日 9:00～19:00

土曜日 9:00～12:00

紹介方法など事前のお問い合わせは、糖尿病内分泌代謝内科新患担当宛 お気軽にご相談下さい。
電話 024-547-1306（月-金 9 時-17 時)、FAX 024-547-1311、dem@fmu.ac.jp

ふりがな **患者氏名**　　様
生年月日：　　年　　月　　日生（　　歳）　　□男・□女
ご住所：〒
ご連絡先（いずれかで可）：携帯（　　）　　－　　TEL（　　）　　－
※連絡する際の希望（時間帯、自宅・携帯など）（　　）

■紹介目的　以下該当する項目にチェックまたは〇をつけてください。

□糖尿病　「かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準」参照

□血糖コントロール改善・治療調整（ご要望：　　）
□教育入院（ご要望：　　）
□慢性合併症（ご要望：　　）
□急性合併症（ご要望：　　）
□術前血糖管理（ご要望：　　）

■外来受診日は月曜日から金曜日午前です。ご要望があれば記入下さい。
〇月初旬希望、〇曜日希望等、※ご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承下さい。

■備考：病歴、既往歴、検査結果、処方等の診療情報がございましたら、可能な範囲でご記載あるいは添付下さい。当科受診日まで郵送、Fax あるいは受診当日患者様持参でも構いません。