

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○をつけてください。

□家族性高コレステロール血症または類縁疾患

☐ 高 LDL コレステロール血症 (未治療時の LDL-C 180 mg/dL)
☐ 腱黄色腫 (手背、肘、膝などの腱黄色腫あるいはアキレス腱肥厚) あるいは皮膚結節性黄色腫
☐ FH あるいは早発性冠動脈疾患の家族歴 (2親等以内の血族)
☐ その他 ()

■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。

○月初旬希望、○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。