

令和 年 月 日

国際医療福祉大学成田病院 糖尿病・代謝・内分泌内科 御中

FAX (0476)-35-5588 TEL (0476)-35-5600

診療科 糖尿病・内分泌内科
 医師名 外来担当医 先生

医療機関 名称
 住所
 医師氏名

糖尿病合併症評価地域連携パス 診療情報提供書 兼 受診申込書

(フリガナ)			男・女	成田病院受診歴	有・無
患者氏名					
患者住所	〒		TEL()	-	
生年月日	大・昭・平		年 月 日		
			TEL()	-	
目的	□合併症評価		□その他 (自由記載に加筆ください)		
検査項目	□合併症評価セット(下記全て)		料金 1割:3,350円 2割:6,650円 3割:10,000円		
	□胸腹部単純CT(内臓脂肪・冠動脈石灰化) (+CEA, CA19-9, 男性の場合PSA)		料金 1割:2,000円 2割:4,000円 3割:6,000円		
	□血管年齢・末梢動脈 (CAVI·ABI)		料金 1割:500円 2割:1,000円 3割:1,500円		
	□自律神経 (CVRR)		料金 1割:150円 2割:300円 3割:500円		
	□末梢神経 (DPNチェック)		料金 1割:600円 2割:1,200円 3割:1,800円		
	□体組成 (BIA法)		料金 1割:100円 2割:150円 3割:200円		
別途、初診料(1割:350円 2割:700円 3割:1,000円) または、再診料(1割:100円 2割:200円 3割:300円)					

※バス開始時のみ、太線枠内を記入してください

保険者番号				記号・番号			
区分	本人・家族		公費	乳幼児・重度医療・母子医療・生活保護・その他			
診断名	糖尿病 (1型・2型・その他)				・不明		
既往歴 (主要なものに ○印をつけてください)	1. 高血圧症		2. 脂質異常症		3. 肥満症		
	4. 心筋梗塞・狭心症		5. 心不全		6. 脳梗塞		
アレルギー歴	無・有()・不明						
現在の処方 (お薬手帳の コピーでも可)							
自由記載							

糖尿病連携パスを希望されない患者様は通常の診療情報提供書で連絡をお願いします

※バス開始時にご確認ください

- ・予約日は申込日より10日以上先での**土曜日午後**のご予約となります
- ・当日はいくつかの検査をお受けいただきますので終了まで3時間程度かかる見込みです
- ・糖尿病連携手帳も合わせてお持しください(お持ちでない場合は当院受診時にお渡します)
- ・検査結果は翌週ご説明するとともに医療施設にお送りします。