

紹介票（糖尿病） * 外来申し込み・教育入院申し込み兼用

教育入院お申込みの場合はお返事までに数日かかる場合もございます

年 月 日

東北医科薬科大学 若林病院

医療連携室 行

TEL : 022-236-5899

FAX : 022-236-5920

予約受付時間 : 平日8:30~17:00

時間外・休日のお申し込みのお返事は、翌診療日となります

医療機関名	
御担当医名	
TEL	
FAX	
連絡担当者	

(2025.7更新)

フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名	旧姓:	男性 女性	歳	昭和・平成・令和 年 月 日
住所				連絡先(日中連絡のつく連絡先をご記入ください)
身長	cm	体重	kg	若林病院受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明

病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> BMI 30以上 <input type="checkbox"/> その他 ()			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール (外来・入院) <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> インスリン導入 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 合併症検査 (<input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 腎症 <input type="checkbox"/> 神経障害) <input type="checkbox"/> 動脈硬化評価 <input type="checkbox"/> その他の希望 ()			
即日入院希望の場合 <small>こちらもご記入ください</small>	・ 部屋希望	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋) * 有料 <input type="checkbox"/> なし (大部屋) ベッド状況により個室などのご希望に添えない場合もございます		
	・ 食事指示カロリー	<input type="checkbox"/> あり (kcal) <input type="checkbox"/> なし (当院Drの指示となります)		
追加検査	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> ABI/PWV <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> その他 ()			
検査所見	<input type="checkbox"/> 別紙添付 HbA1c % 空腹時血糖 mg/dl 食後 2 hr mg/dl			
現病歴 既往歴 経過など	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書添付			
処方内容	<input type="checkbox"/> 別紙添付			
紹介後の方針	※逆紹介する際の参考のためご記入お願いします (※紹介元医療機関の情報) ①症状が安定した場合には治療が可能 (はい ・ いいえ) ②インスリン療法が必要な場合でも治療が可能 (はい ・ いいえ)			
予約票待ち状況	<input type="checkbox"/> 貴院にて予約票待ち <input type="checkbox"/> 後日予約票お渡し <input type="checkbox"/> 外出中 <input type="checkbox"/> その他 ()			

< 予約希望日 >

若林病院 交通案内 添付希望 (予約票に添付して送信いたします)

希望なし 第1希望 月 日 曜日

翌日可 第2希望 月 日 曜日