

# 糖尿病腎症重症化予防外来

## 診療等予約申込書 ( F A X 用 )

草加市立病院 地域医療連携相談室 宛

F A X 048-946-2501

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_

紹介元医師名 \_\_\_\_\_

所在地 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

返信先 F A X 番号

※ ご記入がないと、返信が遅れることがあります。

フリガナ \_\_\_\_\_

**患者氏名** \_\_\_\_\_ 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳 )

**住 所** \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

診療予約枠 火曜日、水曜日、木曜日の午前9時 ※各曜日1人  
予約内訳 1回目：外来診療  
2回目：外来診療と栄養相談 ※1回目の外来診療と同じ曜日になります。

予約希望日 無 ・ 有

希望有の場合  
(第1希望) \_\_\_\_\_ 曜日の診療  
(第2希望) \_\_\_\_\_ 曜日の診療  
(第3希望) \_\_\_\_\_ 曜日の診療

草加市立病院受診歴 ( 有・無・不明 ) ※ (有) の場合 診察券番号 \_\_\_\_\_

【予約内容】  
(診察) 糖尿病腎症重症化予防外来

事前診療  
情報

※既往症、合併症や感染情報などの診療情報をご記入ください。

・ 感染情報 / 結核 (有・無・不明) 、 麻疹 (有・無・不明) 、 水痘 (有・無・不明)

◎ F A X 予約の申込みの祭は、必ず所定の「診療情報提供書」を一緒に送付してください。

◎ F A X 受付時間  
休診日以外の 午前8時30分から午後5時まで  
(第1・第3土曜日は午前8時30分から正午まで)

※ F A X の受信は常にいたしますが、受付時間外の予約業務は翌開院日となります。

◎ 予約可能日など、お問合せは下記までご連絡ください。

地域医療連携相談室

TEL 048-946-2200 (代)  
FAX 048-946-2501

市立病院記入欄

予約日時① \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( )

② \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( )

②-2 栄養相談 \_\_\_\_\_ 時

I D No. \_\_\_\_\_

新患 ・ 再来