

医療中断者連絡票

様式⑨


依頼日:平成 年 月 日

紹介先市町村

かかりつけ医

_____病院・医院
 医師 _____
 TEL (_____)

※下記の患者さんが(1ヶ月・3ヶ月・6ヶ月)受診していません。医学管理上心配ですので貴市町村で確認して頂きますよう依頼致します。

	患者氏名 : _____ 様	性別 : 男 女	
	患者住所 : _____		
	生年月日 : 昭和 年 月 日	TEL (_____)	
病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病合併症(網膜症・腎症・神経障害)		
	<input type="checkbox"/> その他		
治療歴	<input type="checkbox"/> 初診日(平成 年 月) <input type="checkbox"/> 最終受診日(平成 年 月)		
経過・治療	コントロール状態(優・良・可・不可) 直近の状況(改善・不変・悪化・不安定)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> その他特記すべきこと </div>			
			 <input type="checkbox"/> FAX

