**池田病院　診療申込書**

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名**紹介元情報** |  |
| 住　所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| 医師名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）**患者様情報** |  | 性 別 | 当院受診歴 |
| 氏　名 |  | 男 ・ 女 |  有 ・ 無  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　 　年　　　 月　　　 日（　　　 才） |
| 住　所 | 〒TEL　　　（　　　） |
| **身　長** ：　　　 cm　**体　重** ：　　　kg　**過去最高体重** ：　　　kg（　　才頃） |

**保険情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  | 負担割合 | 割 |
| 記号・番号 |  | 資格取得日 | 　　　年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 |  | 負担割合 | 割 |
| 受給者番号 |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 続柄 | 本人・家族 |

**受診後は**

□ 紹介元にてフォロー

□ 治療内容確定段階で紹介元へ

□ 池田病院にてフォロー

□ 糖尿病治療のみ、池田病院にてフォロー

※原則、治療内容確定後は、紹介元にてフォローをお願いしたいと存じます。

**療養指導や合併症検査について池田病院へのご希望**（※入院期間によっては、ご希望に添えない場合もございます）

□ 栄養指導　　□運動療法（入院のみ）　　　□ インスリン自己注射指導

□ 自己血糖測定指導（⇒ご希望の場合、下記の器種についてもご連絡お願いします）

〔貴院取扱器種：本体　　　　　　　　、穿刺器　　　　　　　　　　　　.〕

□ 頚動脈エコー　　□ ＰＷＶ・ＡＢＩ　　　□ 神経検査※　　　 □ 睡眠時無呼吸検査

□ 負荷心電図　　　□ ホルター心電図　　　□ 心エコー　　 　□ 24時間血圧検査

　※神経検査：神経伝導速度、起立性低血圧試験、心電図R-R間隔、タッチテスト、振動覚・腱反射

**受診希望日**

|  |
| --- |
| 1. 年　　 月　　 日（　　）

医療法人社団正名会　池田病院TEL 06-6421-1680 FAX 06-6427-4170E-mail renkei@ikeda-hp.jp |
| 1. 年　　 月　　 日（　　）
 |
| 〔　　〕（遠方などの事情により）即日入院を希望　 ⇒ 折り返し、当方よりお電話させて頂きます |