

眼底検査依頼書 兼 診療情報提供書 (他院医師記入用)

紹介医療機関

紹介元医療機関

〒110-8645

東京都台東区東上野 2-23-16

ライフ・エクステンション研究所附属 永寿総合病院

代表電話 03(3833)8381

地域医療連携室 03(3833)8897

FAX 03(3834)2351

フリガナ		明・大 昭・平	年 月 日 歳
患者氏名	殿	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
永寿総合病院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 診察券番号:		

臨床診断:

臨床診断名 (必須)				
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	duration	yrs	
	HbA1c	%	CRTNN	mg / dl
	BS	mg / dl	nephropathu	(+ / -)
	(FBS /	hrs)		
	<input type="checkbox"/> 高血圧	/	mmHg	
臨床経過 その他 特記事項				

※眼底検査については火曜日・水曜日・金曜日の午前11時までとなっております。