年 月 日

フットケア外来指示書

この度は患者様のご紹介ありがとうございます。お手数ですが、患者様の状況とフットケア外来への指示内容をご記入下さいますようよろしくお願いします。下記の内容の記載があれば貴院の様式でご利用いただいても構いません。外来予約日の3日前までに送信していただきますようお願いいたします。

患名氏者							
生日月年	年	月	日生(性別	□ 男	□女
住所							
L							
 ○検査データ	HbA 空腹時		9	~ % mg/dl	随時血糖値	 [mg/dl
○依頼事項・特記事項							
┣					名		
				1 			