

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お願いいたします。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。

| | | | |
|------------|--------------|---------|---|
| 患者名 | | 様 (旧姓) | |
| 生年月日 | 年 月 日生 (歳) | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 住 所 | | | |
| ----- | | | |
| 診断名 | | | |
| ----- | | | |
| ○検査データ | HbA1c | % | |
| | 空腹時血糖値 | mg/dl | 随時血糖値 mg/dl |
| ----- | | | |
| ○依頼事項・特記事項 | | | |
| | | | |
| ----- | | ----- | |
| ○備考 | | 医療機関名 | |
| | | | |