**糖尿病性腎症重症化予防外来FAX診療受付票**

大分大学医学部附属病院

**FAX・患者さん用**

総合患者支援センター

直通番号　097-586-6360，　6530，　6531　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 糖尿病性腎症重症化予防外来 | | | | 紹介元医療機関名  所在地  （TEL）    （FAX） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療日：　火　13:00～16:30  　木　13:00～16:30 | | | |
| 来院予定日  □令和 　 　年 　　月　 　 日  （　　　曜日）  　□未定**（後日必ず受診日をご連絡ください）** | | | | 医師氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大分大学医学部附属病院受診歴　　　（ 有 ・ 無 ） | | | | 保険情報（保険情報は保険証のコピーでも結構です） | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（正確に） | | | | 保険者番号 |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| 患者氏名 | | 男  ・  女 | | 記号番号 |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| 被保険者  との続柄 | 本人・家族 | | | | | | | | | 負担割合  0・1・2・3割 | | | | | |
| 公費負担番号 |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | 乳児･老人医療　他 | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | |  | 受給者番号 |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 住　　所  （電 話） | 〒　　　　　－ | |  | 被保険者  との続柄 | 本人・家族 | | | | | | | | | 負担割合  0・1・2・3割 | | | | | |
| 通信欄 | | | | | | | | | | | | | | | |
| （自宅）　　　　　－　　　　　－  　（携帯）　　　　　－　　　　　－ | | |

■ 診察希望日の**2週間前までに電話連絡**をして下さい。

■ 電話予約後は3日以内に受付票及び診療情報提供書を**FAX送信**して下さい。

（097-586-6358）

FAX紹介患者さんへ　《ご案内》

**●ご来院の際は，予約時間の1時間前に「総合患者支援センター外来受付」にお越し下さい。**

**※受診日に来院できなくなった場合は，必ず総合患者支援センターにご連絡下さい。**

（直通電話：097-586-6360，6530，6531）

＊当日お持ち頂くもの

① 本書 　　② 保険証

③ 各受給者証等（お持ちの場合のみ）

④ 診療情報提供書（糖腎予防外来専用）

⑤ 本人診察券（お持ちの場合のみ）

⑥ お薬手帳

⑦ 糖尿病連携手帳（お持ちの場合のみ）

⑧ 血圧手帳（お持ちの場合のみ）

**大分大学医学部附属病院**

**TEL：097-549-4411（代表）**

**総合患者支援センター**

電話・FAX受付時間9：00～17：00

（土日祝日を除く月～金）

**TEL　097-586-6360，6530，6531**

**FAX　097-586-6358**