

## 糖尿病地域連携シート記載方法

福岡県済生会大牟田病院  
内分泌・糖尿病センター  
地域医療連携室

各医療機関の先生方へ

平素より大変お世話になっております。

この度はご紹介していただき大変ありがとうございます。

お手数ですが、下記の要領で太枠内に記入をお願い致します。

1) 先生方の医療機関名 **TEL** を記入ください。

次に、患者氏名（フリガナ）、生年月日、住所、**TEL**（後日当院か日程調整させていただくため繋がりやすい番号をお願いします）、病名の記入をお願いいたします。

2) 希望の検査項目にチェックを記入ください。

※その他ご希望等ございましたら、お手数ですが右側の「ご希望、ご依頼事項記載欄」に手書きで記入をお願いいたします。

※造影検査をご希望の際は、メトホルミン内服の有無に○をご記入ください。その他のご希望がなければ、医師名を記入していただき完成です。

3) シート記入後、当院地域連携室に電話・**FAX** していただき、後日当院糖尿病センターより患者様へ直接日程調整の連絡をさせていただきます。

4) シート原本は、郵送もしくは患者様が当院へ来院される際に持参いただきますようよろしくお願い申し上げます。

その他、ご不明の点がございましたら内分泌・糖尿病センターへご連絡くださるようどうぞよろしくお願い申し上げます。

福岡県済生会大牟田病院  
TEL 0944-53-2488(代表)