

記入日： 年 月 日

奈良県糖尿病診療ネットワーク確認票

患者氏名：

紹介先医療機関名・診療科：

御中

担当医師氏名：

先生

上記の患者さんを貴院に紹介します。

貴院にて、

糖尿病専門医

腎臓専門医

その他専門医（ ）

の診察をお願いいたします。

同封書類

病院の診察予約票など

診療情報提供書（紹介状）

その他添付書類（ ）

【その他連絡事項】

【紹介元】

医療機関名：

担当医師氏名：

連絡先：

※この確認票は紹介状等と一緒に、専門医の診察当日に患者さんがお持ちください。

※この確認票は専門医への紹介に必須ではありませんが、本ネットワークの運用状況の把握のためご協力お願いします。