糖尿病合併症評価地域連携パス

パス開始 ・ パス定期受診

（どちらかに〇をつけてください）

令和　　年　　月　　日

国際医療福祉大学成田病院　糖尿病･代謝･内分泌内科　御中

FAX (0476)-35-5586　TEL (0476)-35-5600

診療科　　糖尿病･内分泌内科

医師名　　外来担当医　先生

医療機関　名称

住所

医師氏名

糖尿病合併症評価地域連携パス　診療情報提供書　兼　受診申込書

（フリガナ）		男 ・ 女	成田病院受診歴	有 ・ 無
患者氏名				
患者住所	〒	TEL（　　）　　ー		
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平	年　　月　　日		
		TEL（　　）　　ー		
目的	□合併症評価	□その他 （自由記載に加筆ください）		
検査項目	□合併症評価セット（下記全て）	料金　1割：3,350円　2割：6,650円　3割：10,000円		
	□胸腹部単純CT（内臓脂肪･冠動脈石灰化）（＋CEA, CA19-9,　男性の場合PSA）	料金　1割：2,000円　2割：4,000円　3割：6,000円		
	□血管年齢･末梢動脈（CAVI･ABI）	料金　1割：500円　2割：1,000円　3割：1,500円		
	□自律神経（CVRR）	料金　1割：150円　2割：300円　3割：500円		
	□末梢神経（DPNチェック）	料金　1割：600円　2割：1,200円　3割：1,800円		
	□体組成（BIA法）	料金　1割：100円　2割：150円　3割：200円		
		別途、初診料（1割：350円　2割：700円　3割：1,000円） または、再診料（1割：100円　2割：200円　3割：300円）		

※パス開始時のみ、太線枠内を記入してください

保険者番号			記号･番号	
区分	本人 ・ 家族	公費	乳幼児 ・ 重度医療 ・ 母子医療 ・ 生活保護 ・ その他	
診断名	糖尿病 （ 1型 ・ 2型 ・ その他　　・ 不明 ）			
既往歴（主要なものに〇印をつけてください）	1. 高血圧症		2. 脂質異常症	3. 肥満症
	4. 心筋梗塞･狭心症		5. 心不全	6. 脳梗塞
	7. その他（　　）			
アレルギー歴	無 ・ 有 （　　） ・ 不明			
現在の処方（お薬手帳のコピーでも可）				
自由記載				

糖尿病連携パスを希望されない患者様は通常の診療情報提供書で連絡をお願いします

※パス開始時にご確認ください

- ･予約日は申込日より10日以上先での**土曜日午後**のご予約となります
- ･当日はいくつかの検査をお受けいただきますので終了まで3時間程度かかる見込みです
- ･糖尿病連携手帳も合わせてお持ちください（お持ちでない場合は当院受診時にお渡しします）
- ･検査結果は翌週ご説明するととにも医療施設にお送りします。