

## 相談情報提供書

紹介先の医療機関名:

診療科名:

医師氏名:

紹介元: 石川県災害時糖尿病・内分泌医療支援チーム(I-DiaEndoMAT)

事務局住所: 〒920-8641 金沢市宝町 13-1

金沢大学大学院 医学系研究科 内分泌・代謝内科学分野

(TEL:076-265-2711、FAX:076-234-4214)

担当医師氏名:

担当医師所属:

## 相談情報提供書

相談者氏名:

職業:

住所:

電話番号:

生年月日: 大正・昭和・平成・令和 年 月 日、性別: 男・女

主訴または病名	
紹介目的	
症状及び検査結果	
経過及び現在の処方内容(処方医療機関情報を含む)	
既往歴及び家族歴、その他の特記事項	

石川県災害時糖尿病・内分泌医療支援チーム(I-DiaEndoMAT)

# 相談情報提供書