

平成 年 月 日

&lt;圏域名&gt;

糖尿病圏域別検討会事務局 御中

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

印

## 「糖尿病地域連携の登録医療機関」の実績報告について

「糖尿病地域連携の登録医療機関」の実績を下記のとおり報告いたします。

## 記

## 1. 対象期間

平成〇〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇〇日

## 2. 登録をしている項目（該当するものにチェック）

 かかりつけ医 専門医 かかりつけ歯科医 その他（登録時の診療科： \_\_\_\_\_ ）

## 3. 1年間の糖尿病医療連携実績について

区 分	紹介/逆紹介の実績のある項目にチェック（○）						
	歯科	内科	眼科	皮膚科	整形外科	透析	その他
紹介を受けた医療機関 （紹介元）							
紹介を行った医療機関 （紹介先）							

## 4. 各圏域・医師会・歯科医師会が開催する勉強会等への参加状況について

 参加した（参加回数： \_\_\_\_\_ 回） 参加していない

## 5. 添付書類

・その他参考となる書類

担当者	所属		TEL		Fax	
	氏名		Mail			