

糖尿病医療連携カード

患者様お名前 _____ 0 _____ 様



あなたの健康は、
私たちが協力してお
守ります。

《新潟県立新発田病院》

担 当 医 : _____ 医 師

《ご相談・お問い合わせ等の連絡方法》
病院代表TEL:0254-22-3121
★予約変更 その他お問い合わせ
⇒ 内科外来63診・54診 担当看護師

《かかりつけ医》



担 当 医 : _____ 医 師

《連絡先》

TEL 0254-

◆医療機関に受診する時は、必ず
【糖尿病連携手帳】【お薬手帳】【糖尿病地域連
携パスファイル】の3冊を持参してください。