

糖尿病医療連携体制を担う医療機関変更届

年 月 日

岡山県知事 殿

名 称
代表者氏名
所在地
電話番号
記載者氏名

糖尿病医療連携体制を担う医療機関届出の内容に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

記

- 1 変更後の状況について
(医療機能調査票に記入してください。)
- 2 変更年月日 年 月 日
- 3 変更後の医療機能 (該当に○をしてください)
 - 1) 総合管理
 - 2) 専門治療
 - 3) 慢性合併症治療 糖尿病網膜症
糖尿病腎症
糖尿病神経障害
動脈硬化性疾患 冠動脈硬化症
脳血管障害
下肢閉塞性動脈硬化症
歯周病
 - 4) 急性増悪時治療