

# 糖尿病診療情報提供書

かかりつけ医 ⇒ 専門病院

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

送付先	医療機関名 FAX 担当医 患者様入院希望の有無(有・無) 受診希望日 月 日 時頃 パス希望の有無(希望する 希望しない)	送付者	所在地 〒 医療機関名 TEL FAX 医師氏名 印
	フリガナ 患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日( 歳) 男・女
住所	〒	TEL	職業
紹介目的	<b>糖尿病</b>	<input type="checkbox"/> 外来糖尿病教室 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール(インスリン導入/切替) <input type="checkbox"/> 合併症検査 <input type="checkbox"/> 腎機能精査	
既往歴 家族歴 現病歴 治療経過 検査所見 など	既往歴 家族歴		
	薬品アレルギー( + ・ - ) 薬品名		
	【糖尿病診断時期】( )歳頃 (昭和・平成 年頃)		
	【貴院でのフォロー開始時期】( 年 月 日)		
	【その後の治療経過の概要】		
【現在の治療方針】 糖尿病食( kcal)、薬物療法(有・無)			
【現在のコントロール状況 令和 年 月 日採血】			
空腹時血糖値( mg/dl)、HbA1c( %)、食後( )時間血糖( mg/dl)			
その他の検査結果 TG( mg/dl)、LDL-C( mg/dl)、HDL-C( mg/dl)			
薬剤(記載又は添付)			
血糖測定器 (機種: )			
検査依頼事項 (必要に応じて チェックしてく ださい。)	<input type="checkbox"/> 血糖の再検(75gOGTT・空腹時血糖) <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 頸部エコー(IMT) <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> PWV その他( )		
ご紹介いただいた先生方へ	I 本患者様の今後の方針について(ご要望) 1. <input type="checkbox"/> 早期に当方への逆紹介を希望する 2. <input type="checkbox"/> 当分、市立芦屋病院での経過観察を希望する 3. <input type="checkbox"/> 治療方針が決定するまで市立芦屋病院での治療を希望する 4. <input type="checkbox"/> その他( )		II 逆紹介について 念のため、左記2~4を希望されるとき、本患者様の逆紹介についてご確認します <input type="checkbox"/> 逆紹介を希望する <input type="checkbox"/> 他院紹介または市立芦屋病院での継続治療を希望する