

診療情報提供書 (かかりつけ医→専門医療機関)

(パスで依頼の際には事前に連携室あるいは外来受付に電話予約を)

依頼先 医院 病院 科 先生 侍史

患者氏名 様 男 T 女 S H 年 月 日生 歳 / 職業 :

病名 糖尿病 1型 ・ 2型 ・ 他 ()

紹介目的 血糖コントロール (HbA1c (NGSP値) 8.0%以上) 初期治療及び教育 インスリン導入

合併症チェック・治療 急性合併症 他 ()

外来希望 入院希望 (悪性腫瘍チェック)

他合併症 高血圧症 高脂血症 虚血性心疾患 他 ()

家族歴等 家族歴 有 () ・ 無 / 既往歴等 () / タバコ (本 / 日)

アルコール (: / 日) / 薬アレルギー () / 他 ()

現病歴 初診日 S H 年 月 日 / 推定発症時期 S H 年頃 / 経口薬開始 S H 年頃

経過概要 インスリン開始 S H 年頃 / 治療中断 (有) / 無 / 以下概要

食事等 食事 kcal / 日 / 身長 cm / 体重 kg / BMI / 腹囲 cm / 血圧 mmHg

最近のデータ HbA1c (NGSP値) % / 空腹時血糖 mg / dl / 随時血糖 mg / dl / 尿蛋白定性 - ・ ± ・ +
 ++ 以上

クレアチニン mg / dl / eGFR ml / min / 尿アルブミン mg / gCr

他検査

現在の方 / / /

備考 逆紹介希望 (有 ・ 無) 他 ()

依頼元 医院

TEL - -

FAX - -

平成 年 月 日 医師

(*必要な項目を記入してください)