

新：変更案

糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

紹介年月日		年 月 日	
専門医療機関	← 紹介	かかりつけ医	所属
所属		所属	
医師氏名	逆紹介 →	医師氏名	カルテNo.
カルテNo.		カルテNo.	
患者氏名	フリガナ 男・女 年 月 日生 (歳) 氏 名 女		
患者住所	〒 Tel.		
紹介・逆紹介目的	紹介	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 外来糖尿病教室 <input type="checkbox"/> 1型糖尿病の疑い <input type="checkbox"/> ケース・著しい高血糖 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 治療方針のアドバイス <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 重症の低血糖 <input type="checkbox"/> インスリン等注射薬導入 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 小児糖尿病 <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> その他 <small>※ 詳細は下欄空白部分に記載</small>	
	逆紹介	<input type="checkbox"/> 治療方針決定(合併症含む) <input type="checkbox"/> コントロール改善 <input type="checkbox"/> 状態安定 <input type="checkbox"/> 指導・検査終了 <input type="checkbox"/> その他※ 詳細は下欄空白部分に記載	
臨床情報・その他	糖尿病診断時期 _____ 歳頃 (_____ 年頃) : 初診年月日 [_____ 年 _____ 月 _____ 日]		
	検査日 [_____ 年 _____ 月 _____ 日] : 身長 _____ cm、体重 _____ kg、腹囲 _____ cm、血圧 _____ / _____ mmHg 血糖 _____ mg/dl (空腹・食後 _____ 時間) HbA1c(NGSP) _____ % TC _____ mg/dl、LDL-C _____ mg/dl、HDL-C _____ mg/dl、TG _____ mg/dl 血清Cr _____ mg/dl、尿蛋白 () 尿中アルブミン _____ mg/gCr 合併症の有無 糖尿病網膜症 不明・無・有 () 糖尿病神経障害 不明・無・有 () 糖尿病腎症 不明・無・有 () 大血管症 不明・無・有 () 最近の治療内容(処方など)		

旧：現行

糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

紹介年月日		年 月 日	
専門医療機関	← 紹介	かかりつけ医	所属
所属		所属	
医師氏名	逆紹介 →	医師氏名	カルテNo.
カルテNo.		カルテNo.	
患者氏名	フリガナ 男・女 年 月 日生 (歳) 氏 名 女		
患者住所	〒 Tel.		
紹介・逆紹介目的	紹介	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 外来糖尿病教室 <input type="checkbox"/> 1型糖尿病の疑い <input type="checkbox"/> ケース・著しい高血糖 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 治療方針のアドバイス <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 重症の低血糖 <input type="checkbox"/> インスリン等注射薬導入 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 小児糖尿病 <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> その他 <small>※ 詳細は下欄空白部分に記載</small>	
	逆紹介	<input type="checkbox"/> 治療方針決定(合併症含む) <input type="checkbox"/> コントロール改善 <input type="checkbox"/> 状態安定 <input type="checkbox"/> 指導・検査終了 <input type="checkbox"/> その他※ 詳細は下欄空白部分に記載	
臨床情報・その他	糖尿病診断時期 _____ 歳頃 (_____ 年頃) : 初診年月日 [_____ 年 _____ 月 _____ 日]		
	検査日 [_____ 年 _____ 月 _____ 日] : 身長 _____ cm、体重 _____ kg、腹囲 _____ cm、血圧 _____ / _____ mmHg 血糖 _____ mg/dl (空腹・食後 _____ 時間) HbA1c(NGSP) _____ % (JDS) _____ % TC _____ mg/dl、LDL-C _____ mg/dl、HDL-C _____ mg/dl、TG _____ mg/dl 血清Cr _____ mg/dl、尿蛋白 () 尿中アルブミン _____ mg/gCr 合併症の有無 糖尿病網膜症 不明・無・有 () 糖尿病神経障害 不明・無・有 () 糖尿病腎症 不明・無・有 () 大血管症 不明・無・有 () 最近の治療内容(処方など)		