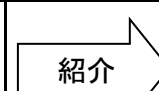



糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

かかりつけ医⇄専門医・眼科・歯科 紹介用

紹介年月日 年 月 日		返信年月日 年 月 日																			
【かかりつけ医】 名称 所在地 電話番号 医師氏名 カルテNo.		 紹介  返信	【紹介先医療機関】 名称 所在地 電話番号 医師氏名 カルテNo.																		
患者氏名	フリガナ 氏名		男 女 年 月 日生 () 歳																		
患者住所	〒 tel.																				
診断名	糖尿病 1型 ・ 2型 ・ その他()																				
合併症	糖尿病網膜症 不明・無・有()		糖尿病神経障害 不明・無・有()																		
	糖尿病性腎症 不明・無・有()		歯周病 不明・無・有()																		
患者情報	糖尿病の家族歴(2親等以内) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明																				
	喫煙歴 <input type="checkbox"/> あり(本/日・年数 年) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり																				
	飲酒頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に4~6日 <input type="checkbox"/> 週に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日~3日 <input type="checkbox"/> 数か月に1度 <input type="checkbox"/> 飲まない																				
	飲酒日の1日当たりの飲酒量(日本酒換算) <input type="checkbox"/> 1合(180ml未満) <input type="checkbox"/> 1合~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合~																				
	※日本酒1合の目安(180ml):ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ワイン2杯(240ml)																				
検査所見	身長 cm、体重 kg、腹囲 cm、血圧 / mmHg																				
	<table border="1"> <tr><td>検査日</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血糖値(空腹・食後)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HbA1c(NGSP値)%</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			検査日						血糖値(空腹・食後)						HbA1c(NGSP値)%					
	検査日																				
	血糖値(空腹・食後)																				
HbA1c(NGSP値)%																					
TC mg/dl LDL-C mg/d HDL-C mg/d TG mg/d																					
血清Cr mg/d eGFR () 尿蛋白 () 尿蛋白(定量) g/gCr																					
尿中アルブミン mg/gCr その他																					
※検査結果は、別紙添付等でも可																					
生活習慣指導	食事療法の指導 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない	運動療法の指導 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない																			
紹介目的	紹介目的・相談事項	紹介・相談事項への返信																			
かかりつけ医 ⇄ 専門医	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 治療方針のアドバイス <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 外来での教育 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他()	<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"/> 指導・検査終了 <input type="checkbox"/> その他()																			
かかりつけ医 ⇄ 眼科医	<input type="checkbox"/> 眼科合併症検査・治療依頼 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 経過観察()月後 <input type="checkbox"/> 網膜凝固(未・済(月 日)) <input type="checkbox"/> その他()																			
かかりつけ医 ⇄ 歯科医	<input type="checkbox"/> 歯周病の疑い <input type="checkbox"/> う蝕症の疑い <input type="checkbox"/> 口腔内精査依頼 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 当院(科)にて治療 <input type="checkbox"/> 専門歯科医療機関紹介 <input type="checkbox"/> 治療完了・当院(科)で経過観察 <input type="checkbox"/> その他()																			
眼科診断名・ 所見等	<input type="checkbox"/> 網膜症なし <input type="checkbox"/> 単純糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> 前増殖糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> 糖尿病黄斑浮腫(右・左・両) <input type="checkbox"/> 増殖糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 視力 右() 左() <input type="checkbox"/> その他()																				
歯科診断名・ 所見等	<input type="checkbox"/> 歯周病(軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> う蝕(歯) <input type="checkbox"/> その他()																				
治療経過・ 連絡事項等	かかりつけ医での治療経過・現在の処方・相談事項等		紹介先からの連絡事項																		