

糖尿病患者診療情報提供書(部会案)

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			
医師氏名	逆紹介 →	医師氏名			
カルテNo.		カルテNo.			
患者氏名	フリガナ	男・女	年	月	日生 (歳)
患者住所	〒				
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"/> ケーンス・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(JDS値)_____ %、 TC _____mg/dl、 LDL-C_____mg/dl、 HDL-C_____mg/dl、 TG_____mg/dl 血清Cr_____mg/dl、尿蛋白() 尿中微量アルブミン_____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)				