


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(糖尿病・腎臓・その他)・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	〒 電話: - -																					
診断名	糖尿病 1型・2型 その他()																					
合併症	糖尿病性網膜症 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() 足病変 不明・無・有() 大血管症 不明・無・有() 歯周病 不明・無・有() その他 ()																					
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 飲酒歴 <input type="checkbox"/> あり(頻度:毎日・()日/週・月) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり																					
検査所見	身長 cm、体重 kg、腹囲 cm、血圧 / mmHg <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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%</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> TC mg/dl LDL-C mg/d HDL-C mg/d TG mg/d 血清Cr mg/d eGFR ml/min/1.73m ² 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				検査日						血糖値(空腹・食後)						HbA1c%					
検査日																						
血糖値(空腹・食後)																						
HbA1c%																						
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																					
かかりつけ医 ⇄ 紹介先医療機関	紹介目的・相談事項		紹介・相談事項への返信																			
紹介先診断名・所見・特記事項等																						
糖尿病 専門医	紹介目的・相談事項等	<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()																		
	診断・所見・特記事項等																					
腎臓 専門医	紹介目的・相談事項等	<input type="checkbox"/> 腎症評価(A1・2・3 /G1・2・3a・3b・4・5)※ <small>※日本腎臓学会作成の紹介基準を参照し、原疾患/GFR区分に○をつけてください。</small> <input type="checkbox"/> 腎代替療法の相談 <input type="checkbox"/> 腎不全に伴う合併症評価 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症:病期(第I・II・III・IV・V期) <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> その他()																		
	診断・所見・特記事項等																					
眼科 医	紹介目的・相談事項等	<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()ヶ月後 <input type="checkbox"/> 網膜光凝固(未・済) <input type="checkbox"/> その他()																		
	診断・所見・特記事項等	<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 医	紹介目的・相談事項等	<input type="checkbox"/> 歯周病の疑い <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()																		
	診断・所見・特記事項等	<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等																			
		以上・裏面へ続く		以上・裏面へ続く																		

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等