

# 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・歯科除く)紹介用

紹介年月日		年	月	日												
【専門医療機関】 医療機関の所在地及び名称	← 紹介 逆紹介 →	【かかりつけ医】 医療機関の所在地及び名称														
		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	〒 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( )												
	糖尿病腎症	不明・無・有( )	歯周病	不明・無・有( )												
紹介・逆紹介目的	紹介	<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 (腎症・神経障害・足病変・大血管症・その他( )) <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 外来での教育 <input type="checkbox"/> 治療方針のアドバイス <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他( )														
	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"/> 指導・検査終了 <input type="checkbox"/> その他( )														
患者情報・検査所見・治療経過	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)															
	検査結果															
	身長                      cm、体重                      kg、腹囲                      cm、血圧                      /                      mmHg															
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">検査日</td> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td>血糖(空腹・食後)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1c(NGSP値)(%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				検査日				血糖(空腹・食後)				HbA1c(NGSP値)(%)			
	検査日															
	血糖(空腹・食後)															
HbA1c(NGSP値)(%)																
TC                      mg/dl、LDL-C                      mg/dl、HDL-C                      mg/dl、TG                      mg/dl																
血清Cr                      mg/dl、尿蛋白(                      )、尿中アルブミン                      mg/gCr																
※検査結果は、別紙添付等でも可																
生活習慣の指導		食事療法の指導 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	運動療法の指導 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない													
治療経過・内容 現在の処方など																

# 糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

内科医療機関⇄眼科専門医療機関 紹介用

紹介年月日		年	月	日															
【眼科専門医療機関】 医療機関の所在地及び名称  医師氏名		【内科医療機関】 医療機関の所在地及び名称																	
		医師氏名																	
カルテNo.		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.															
内科診断名	糖尿病 1型・2型・その他( )																		
紹介目的	内科 ↓ 眼科	□ 眼科合併症検査・治療依頼 □ その他( )																	
	眼科 ↓ 内科	□ 糖尿病精査・治療依頼 □ その他( )																	
患者情報	糖尿病の家族歴(2親等以内) □あり □なし □不明																		
	喫煙歴 □あり( 本/日・年数 年) □なし □過去にあり																		
	飲酒頻度 □毎日 □週に4~6日 □週に1~3日 □月に1日~3日 □数か月に1度 □飲まない																		
	飲酒日の1日当たりの飲酒量(日本酒換算) □1合(180ml未満) □1合~3合未満 □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)																		
内科検査所見・治療内容等	<b>検査結果</b>																		
	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></tr> <tr><td>血糖(空腹・食後)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HbA1c(NGSP値)(%)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				検査日					血糖(空腹・食後)					HbA1c(NGSP値)(%)				
	検査日																		
	血糖(空腹・食後)																		
	HbA1c(NGSP値)(%)																		
TC	mg/dl、LDL-C	mg/dl、HDL-C	mg/dl、TG	mg/dl															
血清Cr	mg/dl、尿蛋白( )		尿中アルブミン mg/gCr																
※検査結果は、別紙添付等でも可																			
<b>眼科以外の合併症</b>																			
糖尿病腎症	不明・無・有( )		糖尿病神経障害	不明・無・有( )															
歯周病	不明・無・有( )		その他	不明・無・有( )															
生活習慣の指導	食事療法の指導	□行っている □行っていない	運動療法の指導	□行っている □行っていない															
治療経過・内容 現在の処方など																			
眼科診断名	□単純糖尿病網膜症(右・左・両) □前増殖糖尿病網膜症(右・左・両) □糖尿病黄斑浮腫(右・左・両) □増殖糖尿病網膜症(右・左・両) □その他( )																		
眼科所見・治療内容等	検査所見 ※別紙添付																		
	治療内容・治療経過・今後の処置方針など																		
次回受診予定( )か月後																			

## 糖尿病患者診療情報提供書

東京都標準様式

歯科⇒医科紹介用

紹介年月日 年 月 日	
【内科・専門医療機関】 医療機関の所在地及び名称  医師氏名  カルテNo.	<div style="text-align: center;">← 紹介</div>
【歯科医療機関】 医療機関の所在地及び名称  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.
歯科診断名	<input type="checkbox"/> 歯周病(軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> う蝕症( 歯) <input type="checkbox"/> その他( )
紹介目的・相談内容	紹介 <input type="checkbox"/> 糖尿病精査・治療依頼 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	相談内容 <input type="checkbox"/> 外科処置(抜歯含む)予定 <input type="checkbox"/> 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)
	その他:
歯科臨床情報・その他	主訴 現病歴 治療経過
	今後の処置方針(外科処置の予定など)

# 糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

医科⇒歯科返信用

紹介年月日		年	月	日				
<b>【内科・専門医療機関】</b> 医療機関の所在地及び名称  医師氏名  カルテNo.	 返信	<b>【歯科医療機関】</b> 医療機関の所在地及び名称  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.			
処置方針・ 診断	診断	<input type="checkbox"/> 糖尿病(1型・2型) <input type="checkbox"/> その他( )						
	方処 針置	<input type="checkbox"/> 当院(科)にて治療 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 他専門医療機関紹介 <input type="checkbox"/> 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・ 治療経過・ 相談事項に 対する連絡等	<b>検査結果</b>							
	身長	cm、	体重	kg、	腹囲    cm、	血圧    /    mmHg		
	検査日							
	血糖(空腹・食後)							
	HbA1c(NGSP値)(%)							
	TC	mg/dl、	LDL-C	mg/dl、	HDL-C	mg/dl、	TG	mg/dl
	血清Cr	mg/dl、	尿蛋白( )		尿中アルブミン	mg/gCr		
	※検査結果は、別紙添付等でも可							
	<b>歯科以外の合併症</b>							
	糖尿病腎症	不明・無・有( )	糖尿病神経障害	不明・無・有( )				
糖尿病網膜症	不明・無・有( )	その他	不明・無・有( )					
生活習慣の指導	食事療法の指導	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	運動療法の指導	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない				
治療経過・処置内容・現在の処方など								
相談事項に対する連絡等								

# 糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式


医科⇒歯科 紹介用

紹介年月日		年	月	日															
<b>【歯科医療機関】</b> 医療機関の所在地及び名称  医師氏名  カルテNo.	← 紹介 →	<b>【内科・専門医療機関】</b> 医療機関の所在地及び名称  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.																		
内科診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病(1型・2型) <input type="checkbox"/> その他( )																		
紹介目的	<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 [ ]																		
患者情報・検査所見・治療経過・相談事項等	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)																		
	<b>検査結果</b> 身長 cm、体重 kg、腹囲 cm、血圧 / mmHg																		
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">検査日</td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td>血糖(空腹・食後)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1c(NGSP値)(%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				検査日					血糖(空腹・食後)					HbA1c(NGSP値)(%)				
	検査日																		
	血糖(空腹・食後)																		
	HbA1c(NGSP値)(%)																		
	TC mg/dl、LDL-C mg/dl、HDL-C mg/dl、TG mg/dl 血清Cr mg/dl、尿蛋白( )、尿中アルブミン mg/gCr ※検査結果は、別紙添付等でも可																		
	生活習慣の指導		食事療法の指導	運動療法の指導															
			<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない															
	<b>歯科以外の合併症</b> 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( ) その他( ) 不明・無・有( )																		
治療経過・処置内容・現在の処方など																			
相談事項等																			

# 糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

歯科→医科 返信用

紹介年月日		年	月	日
【歯科医療機関】 医療機関の所在地及び名称		【かかりつけ医・専門医療機関】 医療機関の所在地及び名称		
医師氏名		医師氏名		
カルテNo.		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	<input type="checkbox"/> 歯周病(軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> う蝕( 歯) <input type="checkbox"/> その他 [ ]			
臨床所見・ 処置方針・ 連絡事項・ その他	初診年月日〔 _____年_____月_____日〕			
	歯科 臨床 所見			
	処置方針	<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( )		
	治療経過・処置内容・現在の処方など			
相談事項に対する連絡等				