

糖尿病患者診療情報提供書

紹介年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		専門医療機関		かかりつけ医	
所属		← 紹介	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	.年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)	
患者住所	〒 _____		女		
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 <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	
糖尿病腎症		不明・無・有(_____)		大血管症	
歯周病		不明・無・有(_____)			
最近の治療内容(処方など)					