

診療情報提供書 【糖尿病患者紹介用】

紹介医療機関

_____年 ____月 ____日

_____病院 (糖尿病) 内科

_____先生

医療機関名

医師名

Tel.

Fax.

患者氏名 _____ 性別 男 女 職業 _____

生年月日 明治 大正 昭和 平成 ____年 ____月 ____日

住所 _____ Tel. _____

傷病名:糖尿病 初診年月日 ____年 ____月 ____日 診断時期 ____歳頃 (____)年頃

紹介目的: 血糖コントロール 教育入院 合併症精査 その他 _____

併発疾患: 糖尿病網膜症 糖尿病腎症 糖尿病神経障害 虚血性心疾患 脳卒中

閉塞性動脈硬化症 高血圧症 脂質異常症 その他 _____

既往歴・家族歴: _____

検査結果: 検査日 ____年 ____月 ____日 糖尿病手帳参照 別紙参照

身長(cm) _____ 体重(kg) _____ 腹囲(cm) _____ 血圧(mmHg) _____ / _____

血糖(mg/dl) _____ 空腹 食後 ____時間 HbA1c(%) _____

T-chol(mg/dl) _____ LDL-chol(mg/dl) _____ HDL-chol(mg/dl) _____ TG(mg/dl) _____

血清Cr(mg/dl) _____ 尿蛋白 _____ 尿中アルブミン(mg/gCr) _____

症状経過・治療経過・備考など

現在の処方