

糖尿病患者診療情報提供書(A案)

紹介年月日		年	月	日
紹介先医療機関		←		紹介元医療機関
科	殿			医師氏名
患者氏名	フリガナ	男・女 年 月 日生 (歳)		
患者住所	氏名	Tel.		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療	<input type="checkbox"/> 外来糖尿病教室 <input type="checkbox"/> 治療方針のアドバイス <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 定期受診	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 小児糖尿病 <input type="checkbox"/> 緊急治療	
病歴など	糖尿病診断時期 _____ 歳頃 (_____ 年頃) : 初診年月日 [_____ 年 _____ 月 _____ 日] 検査結果 [_____ 年 _____ 月 _____ 日] : 身長 _____ cm、体重 _____ kg、血圧 _____ / _____ mmHg 血糖 _____ mg/dl (空腹・食後 _____ 時間)、 HbA1c _____ %、 TG _____ mg/dl、 TC _____ mg/dl、 LDL-C _____ mg/dl、 HDL-C _____ mg/dl、 尿蛋白 () 最近の治療内容:			
その他 合併症・併発症等	他依頼事項・特記事項 ()			