

診療情報提供書(糖尿病患者紹介用)

紹介先医療機関等名

担当医 科 様

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳) 職業

傷病名	1.糖尿病 (1.1型 2.2型 3.その他 4.不明) 2.糖尿病の合併症 (疾患名: )
-----	---

紹介目的	1.1型糖尿病の管理 2.急性合併症の管理 (昏睡 ケアシド シス) 3.インスリン治療導入 4.血糖コントロール・教育入院 5.眼科的合併症の精査 6.その他 ( )
------	---

既往歴及び家族歴	
----------	--

症状経過及び検査結果 初診年月日	検査日				
	血糖 (空腹・食後)				
	HbA1c (NGSP 値) (%)				
糖尿病網膜症 (未検査・網膜症なし・網膜症あり)					

治療経過 食事療法 ( )kcal
----------------------

現在の処方 (書ききれない場合処方の一覧等を添付)
---------------------------

備考
----

(必要な項目のみご記入下さい)