

診療情報提供書(糖尿病地域連携患者紹介用)

紹介先医療機関等名

医療法人 医誠会 城東中央病院 担当医 宛

TEL:06-6962-0015 FAX:06-6962-5309

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

貴院所在地

貴院名

医師氏名

印

電話番号

FAX番号

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.外来療養指導申込 3.入院コース診察申込

1-1 自己血糖測定指導

3-1 教育入院コース申込(3日間:金~日、5日間:月~金)

1-2 運動療法指導

3-2 急性合併症の管理入院(昏睡・ケトアシドーシス・高血糖)

1-3 日常生活指導

3-3 インスリン治療導入必要性検討入院(14日間)

2.栄養指導申込

3-4 インスリン導入教育入院(14日間)

2-1 糖尿病食集団

3-5 合併症の精査入院()

2-2 糖尿食個人

2-3 腎臓病食個人

2-4 ()食個人

DM net ONE 糖尿病地域連携パス 参加 ・ 不参加

症状経過及び検査結果 身長_____cm 体重_____kg

初診年月日_____ 発症年齢_____歳ごろ 血糖(空腹・食後)_____mg/dl HbA1c_____%

総(LDL)コレステロール_____mg/dl 中性脂肪_____mg/dl 血清クレアチニン_____mg/dl 蛋白尿(-, +, ++, +++)

神経障害(不明、なし、あり、歳、症状_____) 狭心症、心筋梗塞(不明、なし、あり、歳、症状_____)

糖尿病腎症(不明、なし、あり、歳、症状_____) 下肢閉塞性動脈硬化症(不明、なし、あり、歳、症状_____)

糖尿病網膜症(未検査、なし、あり、歳、症状_____) 脳血管障害(不明、なし、あり、歳、症状_____)

治療経過 現在の処方 (書ききれない場合処方の一覧を添付)

オイグルコン、ダオニール(mg) アマリール(mg) グリミクロン(mg)

スターシス、ファスティック、グルファスト(mg) ジベドスB(mg) アクトス(mg)

^{mn)} ベイスン、グルコバイ、セイブル(mg) メルピン、ネルビス、メデット、グリコラン(mg)

インスリン製剤名() (朝 昼 夕 眠前 単位)

指導希望内容

食事療法()kcal 蛋白()g 塩分()g 運動療法(有酸素運動、レジスタンス運動、ストレッチ)

減量(kg目標・ ヶ月で)

インスリン製剤名() (朝 昼 夕 眠前 単位)

製剤名() (朝 昼 夕 眠前 単位)

自己血糖測定 測定器名() 測定回数(回) 時期(ランダム、朝、昼、夕、眠前、食後)

備考