

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 外アシドシス) 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	検査日				
	初診年月日	血糖 (空腹・食後)			
		HbA1c (%)			
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)