

診療情報提供書(糖尿病患者逆紹介用)

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

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果
推定糖尿病罹病期間 ()年 身長 ()cm 体重 ()kg
血圧 / mmHg 尿糖 ()・尿蛋白 ()・尿ケトン ()
眼底所見 (網膜症なし・単純網膜症・増殖前網膜症・増殖網膜症) HbA1c % (実施日)
総コレステロール mg/dl・HDL-コレステロール mg/dl・中性脂肪 mg/dl(空腹・食後)
尿素窒素 mg/dl・クレアチニン mg/dl・尿酸 mg/dl

検査日						
血糖 (空腹・食後)						

その他の検査結果 (微量アルブミン・神経障害の有無等)

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 (血糖測定器・穿刺器具の種類等)