診療情報提供書（糖尿病紹介用）

平成　　年　　月　　日

依頼先診療科： 聖マリア病院　糖尿病内分泌内科
希望担当医名：〔　布井清秀・　佐藤雄一・　溝上哲也（甲状腺外来）・　その他（　　）〕

※聖マリア病院における受診歴（　有・　無　）　有の場合、当院のＩＤ番号　⇒　ＩＤ
が分かればご記入ください　⇒

ふりがな 患者氏名	男 女	生年 月日	明　大　昭　平 年　月　日	歳
患者住所	電話：		職業	

紹介元医療機関
施設名称　　電話番号
施設住所　　FAX 番号
医師氏名

1）傷病名
糖尿病〔　1型・　2型・　その他の型（　　）〕
その他〔　　〕

2）既往歴

3）家族歴

4）紹介目的
定期的循環連携
糖尿病教育　⇒　教育入院　⇒　2 週間入院　1 週間入院　2 泊 3 日入院
腎症入院　ＣＧＭ入院　血糖コントロール入院
外来指導　⇒　外来糖尿病教室　境界型糖尿病（IGT）教室
保健指導　運動指導　フットケア
栄養指導　（指示ｶﾛﾘｰ　　kcal／塩分　　g/日）
合併症検査　⇒　⇒　⇒　⇒　⇒　⇒　神経障害　網膜症　腎症
心血管障害（負荷心電図・心エコー・ＣＴなど）
脳血管障害（頭部ＣＴ・ＭＲＩなど）
動脈硬化（頸動脈エコー・ＡＢＩなど）
血糖コントロールの悪化　合併症の悪化　インスリン導入
その他

5）紹介後のご希望
循環連携(共診)を希望します ⇒※ 循環型連携パス（　希望する　・　希望しない　）
紹介目的終了後、当院へお返しください　今後、貴院での診察を希望します
その他

6）現在の治療法
食事療法（　　kcal）
運動療法
薬物療法（　内服　・　インスリン　）

7）現在の処方

8）備　考（症状および検査結果、治療経過など）