

診療情報提供書（Ⅰ）一般医療機関（かかりつけ医等）から専門医療機関

年 月 日

【紹介先医療機関】

〇〇科 〇〇〇先生

【紹介元医療機関】

医療機関名 _____

医師氏名 _____

所在地・電話番号 _____

患者氏名		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住 所			電話番号	
診 断 名	<input type="checkbox"/> 糖尿病（2型 1型 その他） <input type="checkbox"/> 耐糖能異常（境界型） <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症			
合 併 症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
併存疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心血管疾患（ ） <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
経 過 及 び 病 状	糖尿病罹患期間 約 年・か月（ 年 発症・発見・受診者申告 ）			
	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良 <input type="checkbox"/> 尿タンパク・アルブミン定量陽性 <input type="checkbox"/> 腎機能低下 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	検査実施日 年 月 日 ※ 検査データ等添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 血圧（ / mmHg） 血糖値（ mg/dl） HbA1c（ %） クレアチニン（ mg/dl） 尿タンパク（ - ± + 2+ 3+ ） eGFR（ ml/分 1.73 m ² ） その他（ ）			
治療内容	《食事療法》 <input type="checkbox"/> 指示あり 糖尿病（ ）単位食・（ ）kcal <input type="checkbox"/> 指示なし 《薬物療法》 ※ 処方箋の写しでも可 《その他》			
病診連携の意向	<input type="checkbox"/> 当院にて継続診療を希望 <input type="checkbox"/> 病状安定まで貴院での診療を希望 <input type="checkbox"/> 貴院への転医を希望			
依頼事項 特記事項				

診療情報提供書（Ⅰ）専門医療機関から一般医療機関（かかりつけ医等）

年 月 日

【紹介先医療機関】

_____ 医院
_____ 先生

【紹介元医療機関】

医療機関名 _____
医師名 _____
所在地・電話番号 _____

氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)		
電話番号			

診断名	
実施した検査及び今後の治療方針等	<p>※ 実施した検査データ (検査データ等添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)</p> <p>今後の治療方針 等</p>

今 回 の 指 導 内 容	<input type="checkbox"/> 病態説明 <input type="checkbox"/> 糖尿病透析予防指導外来受診 (回) <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> その他 ()
処 方 薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ 処方箋の写しでも可 処方内容 :
今 後 の 治 療 予 定	<input type="checkbox"/> 連携不要 <input type="checkbox"/> 連携のため _____ カ月後に要受診 <input type="checkbox"/> 病状軽快まで当院にて加療
連絡事項	