

【広島市立安佐市民病院】

紹介状 ・ 診療情報提供書(糖尿病)

平成 年 月 日

FAX 082-815-5691

<依頼医療機関>

(受付時間 平日8:30~16:40)

住所

〒731-029; 広島市安佐北区可部南2-1-1

名称

地域医療連携室

医師氏名

TEL 082-815-1062(直通)

電話番号 () -

FAX番号 () -

ふりがな		住所	
氏名	様 男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(満 才)	電話番号	() -
安佐市民病院受診歴 有 (ID番号) ・ 無			

診療希望	
内分泌・糖尿病内科 ・指定医 <ご希望があれば記入してください> () 医師	希望日 1. 平成 年 月 日 (曜日) 2. 平成 年 月 日 (曜日) 3. 特に希望なし

紹介目的	<input type="checkbox"/> 地域連携パス <input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> その他()
病名(主訴)	糖尿病: <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 病型不明 <input type="checkbox"/> その他() 主訴:

患者情報(現病歴・既往歴・検査所見・処方など)

1) 初めて糖尿病が疑われた時期について
 (才頃)又は(年頃) 不明

2) 糖尿病診断のきっかけについて
 検診結果 他疾患の診療中の検査結果 高血糖症状()
 その他()

3) 直近のデータ(年 月 日)
 ① 身長:()cm ② 体重:()kg ③ HbA1c()%
 ④ 血糖値:空腹時()mg/dl または 随時()mg/dl

4) 現在の処方について
 あり なし
 《処方内容》
 ① 経口血糖降下薬:
 ② インスリン:
 ③ その他:
 ④ 薬剤アレルギー:(有・無)

5) 合併症
 あり() なし

6) 既往症・その他の疾患について
 あり() なし

*画像診断(CD-Rまたはフィルム)、検査データ等は必要時、添付してください。

要望事項	病識理解・社会的背景や療養上の問題・日常生活習慣や嗜好品の問題など
留意事項等	