

糖尿病性腎症重症化予防のための連携用紙
糖尿病 診療情報提供書

令和 年 月 日

〈 紹介先医療機関名 〉

〈 紹介元医療機関 〉

所在地：

名所：

電話番号：

医師氏名：

科

先生

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名			
患者住所	〒		
電話番号	電話番号： ()		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)		

傷病名	<input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()		
紹介目的 (基準)	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール：目標を達成できない状態 (HbA1c 8.0 %以上) が3ヶ月持続する場合 <input type="checkbox"/> その他【理由： 】		
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()		
家族歴	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
生活歴・治療内容・経過・検査結果 (現在の処方内容、半年以内の処方歴や臨時処方など)			

<input type="checkbox"/> 別記 <input type="checkbox"/> 糖尿病連携手帳 参照 <input type="checkbox"/> お薬手帳 参照					
紹介時に把握しておくことが望ましい情報等 (データ添付可)					
身長	(cm)	空腹時血糖	(mg/dL)	Hb	(g/dl)
体重	(kg)	食後血糖	(mg/dL)	Alb	(g/dl)
BMI		HbA1c	(%)	Cr	(mg/dL)
血圧	/ (mmHg)	尿アルブミン	(mg/gCr)	eGFR	(mL/1.73m)
		尿たんぱく			

follow upに関する希望					
<input type="checkbox"/> 治療およびfollow upとも紹介先に任せる					
<input type="checkbox"/> 自院で治療およびfollow upを行う (<input type="checkbox"/> 注射剤の対応可 <input type="checkbox"/> 自己血糖測定に対応可)					
<input type="checkbox"/> 紹介先と自院で連携して治療およびfollow upを行う					

備考	
----	--