

## 糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

紹介年月日		年	月	日	
専門医療機関	← 紹介	かかりつけ医			
所属		所属			
医師氏名	逆紹介 →	医師氏名			
カルテNo.		カルテNo.			
患者氏名	フリガナ	男	年	月	日生 ( 歳)
	氏名	女			
患者住所	〒				
		Tel.			
紹介・逆紹介目的	紹介	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 外来糖尿病教室 <input type="checkbox"/> 1型糖尿病の疑い <input type="checkbox"/> ケース・著しい高血糖 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 治療方針のアドバイス <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 重症の低血糖 <input type="checkbox"/> インスリン等注射薬導入 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 小児糖尿病 <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> その他 <small>※ 詳細は下欄空白部分に記載</small>			
	逆紹介	<input type="checkbox"/> 治療方針決定(合併症含む) <input type="checkbox"/> コントロール改善 <input type="checkbox"/> 状態安定 <input type="checkbox"/> 指導・検査終了 <input type="checkbox"/> その他※ 詳細は下欄空白部分に記載			
臨床情報・その他	糖尿病診断時期 _____ 歳頃 ( _____ 年頃) : 初診年月日 [ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ]				
	検査日 [ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ]:				
	身長 _____ cm、体重 _____ kg、腹囲 _____ cm、血圧 _____ / _____ mmHg				
	血糖 _____ mg/dl (空腹・食後 _____ 時間)				
	HbA1c _____ %				
	TC _____ mg/dl、LDL-C _____ mg/dl、HDL-C _____ mg/dl、TG _____ mg/dl				
	血清Cr _____ mg/dl、尿蛋白 (                      ) 尿中アルブミン _____ mg/gCr				
	合併症の有無				
	糖尿病網膜症	不明・無・有 (                      )	糖尿病神経障害	不明・無・有 (                      )	
	糖尿病腎症	不明・無・有 (                      )	大血管症	不明・無・有 (                      )	
	最近の治療内容(処方など)				