

## 糖尿病患者診療情報提供書(B案 事前意見反映版)

未定稿

紹介年月日		年	月	日		
紹介先医療機関		科		紹介元医療機関		
				医師氏名		Ⓜ
患者氏名	フリガナ	男・女		年	月	日生 ( 歳)
患者住所	Tel.					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 外来糖尿病教室 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 治療方針のアドバイス <input type="checkbox"/> 小児糖尿病 <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 緊急治療 <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 定期受診					
病歴など	<p>糖尿病診断時期_____歳頃(_____年頃) : 初診年月日[_____年_____月_____日]</p> <p>検査日[_____年_____月_____日]:</p> <p>身長_____cm、体重_____kg、血圧_____ / _____mmHg</p> <p>尿糖(_____)、尿蛋白(_____)、尿ケトン体(_____)</p> <p>血糖_____mg/dl(空腹・食後_____時間)、 HbA1c(JDS値)_____%、</p> <p>TG_____mg/dl、TC _____mg/dl、LDL-C_____mg/dl、HDL-C_____mg/dl、<del>尿蛋白(_____)</del></p> <p>最近の治療内容</p> <p><input type="checkbox"/> 食事・運動療法のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 経口薬 _____</p> <p><input type="checkbox"/> インスリン _____</p> <p><input type="checkbox"/> 経口薬とインスリンの併用 _____</p> <p><input type="checkbox"/> その他 _____</p>					
(合併症・併発症等)	<p>依頼事項・特記事項 その他</p>					

治療内容の例示、選択肢の提示