

紹介状・診療情報提供書（糖尿病用紹介状）

〈紹介先病院名〉

広島共立病院 糖尿病代謝内科外来

担当医 森下尚明

TEL: 082-879-1203

FAX: 082-879-1146

〈依頼医療機関〉:

紹介元院所名

医師氏名:



TEL:

FAX:

フリガナ		住所	
氏名	様 (男・女)		
生年月日	年 月 日 (満 歳)	電話番号	
受診歴:	無 ・ 有 (カルテID:)		
受診形式希望	<input type="checkbox"/> 地域連携パス <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 可能な限り外来で <input type="checkbox"/> 受診時の決定でよい		
予約希望日	1、年 月 日 (曜日) 2、年 月 日 (曜日) 3、特に希望なし		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 糖尿病診断 <input type="checkbox"/> 緊急時 (バリエーション発生含む) <input type="checkbox"/> 紹介基準を満たす <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)

- 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
- 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 ()
- 直近のデータ (年 月 日)
 ①身長: () cm
 ②体重: () kg
 ③HbA1c () %
 ④血糖値: 空腹時 () mg/dl または 随時 () mg/dl
- 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)
- 合併症
あり () なし 不明
- 既往歴・その他の疾患について
あり () なし 不明
- 連絡事項 (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)

備考 1.宛先の医師名が不明の場合は、空白でも構いません。

2.画像診断 (CDR又はフィルム)、他検査データ等は、必要時添付してください。