

糖尿病診療情報提供書(専門医宛)

平成 年 月 日

医療機関等名

担当医

科

先生

紹介元医療機関住所

名称

電話番号

医師氏名

印

氏 名			
住 所			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
電話番号			

傷病名	1型糖尿病・2型糖尿病・その他()・妊娠糖尿病 病型不詳(高血糖の原因精査)、 糖尿病の合併症(疾患名:) 併発症:高血圧症・脂質異常症・その他()																		
紹介目的	1.1型糖尿病の管理 2.急性合併症の管理(昏睡・ケトアシドーシス) 3.インスリン治療導入 4.血糖コントロール・教育入院 5.糖尿病成因の精査 6.眼科的合併症の精査 7.食事指導 8.その他()																		
既往歴及び家族歴																			
経過	罹病期間 約 年・不詳 <table border="1"> <tr> <td>検 査 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血糖(空腹・食後)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1c(%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 糖尿病網膜症 (未検査・網膜症なし・網膜症あり)				検 査 日					血糖(空腹・食後)					HbA1c(%)				
検 査 日																			
血糖(空腹・食後)																			
HbA1c(%)																			
治療経過	食事療法: kcal/日 運動療法: 薬物治療:1. なし 2. 経口糖尿病治療薬() 3. インスリン()																		
処方																			
備考																			

(必要な項目のみご記入下さい)

熊本県糖尿病対策推進会議