

糖尿病診療情報提供書 (逆紹介用)

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			

病型	1型糖尿病・2型糖尿病・その他()・妊娠糖尿病
合併症	腎症 : なし・あり(早期腎症・顕性腎症前期・顕性腎症後期・腎不全期・透析療法期) 網膜症 : なし・あり(単純・前増殖・増殖) 神経障害 : なし・あり(末梢神経・自律神経・単一神経・その他) 動脈硬化 : なし・あり(脳血管・冠動脈・末梢・その他) 足病変 : なし・あり()
併発症	高血圧症・高脂血症・その他()

紹介目的	
検査結果	身長 _____ cm 体重 _____ kg 標準体重 _____ kg BMI _____ 血圧 _____ / _____ mmHg 尿蛋白 _____ 尿ケトン _____ HbA1c _____ % 血糖値(空腹時・食後()) _____ mg/dl T-Cho _____ mg/dl HDL-Cho _____ mg/dl LDL-Cho _____ mg/dl TG _____ mg/dl 尿素窒素 _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl 尿酸 _____ mg/dl その他の検査結果
食事療法	エネルギー : _____ kcal / 日 蛋白制限 : 不要・要(_____ g/日) 塩分制限 : 不要・要(_____ g/日) その他 :
治療方針	治療目標 : HbA1c _____ %、空腹時血糖値 _____ mg/dl、食後血糖値 _____ mg/dl 血圧 _____ / _____ mmHg、LDL-Cho _____ mg/dl、TG _____ mg/dl 当科受診 : _____ ヶ月毎(次回 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 眼科受診 : _____ ヶ月毎(次回 _____ 年 _____ 月 _____ 日) その他
処方	
備考	