

診療情報提供書

(福岡市医師会糖尿病地域連携バス 兼用様式)

患者氏名		性別	生年月日	年	月	日
		男・女	電話番号	(自宅)	-	-
患者住所	〒					職業

紹介年月日 年 月 日

(紹介先)

医療機関名称

(紹介元)

医師氏名

殿

医療機関の所在地および名称、電話番号

医師氏名

印

性別	年代	
男・女	10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代・80代・90代・100歳～	
傷病名	糖尿病 [1型・2型] ・境界型・その他()	
紹介目的	紹介	<input type="checkbox"/> 教育(食事・運動指導など) <input type="checkbox"/> 糖尿病教室 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療 [<input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> その他] <input type="checkbox"/> 定期受診
	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 その他
合併症	神経障害 [無・有・不明] 冠動脈疾患 [無・有・不明] 網膜症 [無・単純・増殖前・増殖・黄斑症・不明] 脳血管障害 [無・有・不明] 腎症 [1期・2期・3期・4期・透析・不明] 閉塞性動脈硬化症 [無・有・不明] 歯周病 [無・有・不明]	
既往歴、家族歴等	家族歴 [無・有()]、アレルギー歴[無・有()]、不明 その他	
病状経過及び検査結果	検査日 年 月 日 ※検査報告書のコピーを添付いただければ、記入の必要はありません。 身長 _____cm、体重 _____kg、BMI _____、血圧 _____ / _____mmHg HbA1c _____%、血糖 _____mg/dl(空腹時、食後 時間)、尿ケトン体() T chol _____mg/dl、LDL-C _____mg/dl、HDL-C _____mg/dl、TG _____mg/dl 血清Cr _____mg/dl、eGFR _____ml/min/1.73m ² 、尿蛋白()、尿アルブミン _____mg/gCr AST(GOT) _____U/L、ALT(GPT) _____U/L、γ-GTP _____U/L その他	
治療経過	<input type="checkbox"/> 食事・運動療法のみ <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> GLP-1受容体作動薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 血糖自己測定 ◆食事療法: 指示カロリー _____kcal/日 <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> 蛋白制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 その他() ◆運動療法: <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり() その他	
現在の処方	※薬剤情報提供書のコピーを添付いただければ、記入の必要はありません。	
備考		

<紹介先医療機関記入欄>

紹介先医療機関受診日 年 月 日

医療機関種別	加療内容
糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 食事運動指導 <input type="checkbox"/> 治療強化 <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 教育入院
腎臓専門医	<input type="checkbox"/> 食事運動指導 <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 透析導入
眼科専門医	糖尿病網膜症 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 増殖前 <input type="checkbox"/> 増殖)
	糖尿病黄斑症 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 限局 <input type="checkbox"/> びまん性)
歯科医	歯周病 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> なし) PISA点数(mm ²)
その他	