

担当医 殿

別紙診療情報提供書患者の御高診、御加療の程よろしくお願い申し上げます。

福岡市医師会では、糖尿病の重症化や合併症を防止し、健康寿命を延伸することを目的に、糖尿病患者・予備群を対象として、かかりつけ医と糖尿病専門医・二次医療機関、健康づくりサポートセンター、眼科・腎臓内科・歯科等の合併症専門医、福岡市と共に糖尿病連携体制を構築しています。

本連携体制が円滑に運用されているか一定期ごとに評価・見直しを行うため、別紙情報提供書については、コピーの上、最下段<紹介先医療機関記入欄>をご記入後、上段点線より上部の個人情報をお伏せ、福岡市医師会へFAX（092-852-1510）頂きますようご協力をお願いします。

なお、本連携体制並びに別紙情報提供書等に関するお問い合わせやご相談は、福岡市医師会地域医療課（TEL 092-852-1501）までご連絡ください。

< 参 照 >

診療情報提供書 (福岡市医師会糖尿病地域連携体系 兼用様式)

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

紹介年月日 年 月 日

(紹介先) 医療機関名称 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～	
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 その他 ()
	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]	
既往症、家族歴等	家族歴 [無・有()]、アレルギー歴[無・有()]、不明 ()、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 () <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 (□なし □単純 □増殖前 □増殖) <input type="checkbox"/> 糖尿病黄斑症 (□なし □厚膜 □びまん性)
歯科医	<input type="checkbox"/> 歯周病 (□軽度 □中程度 □重度 □なし) PISA点数(mm) _____
その他	

福岡市医師会行・FAX 092-852-1510

点線より上部の個人情報を伏せ、福岡市医師会へFAX

紹介先医療機関が記入

<お問い合わせ先>

福岡市医師会地域医療課
 TEL 092-852-1501
 FAX 092-852-1510
 mail : chiiki@city.fukuoka.med.or.jp