

— 糖尿病医療連携 —

診療情報提供書 (かかりつけ医→さいたま市民医療センター)

(パスで依頼の際には事前に地域医療連携室へ電話予約をお願いします)

TEL 048-799-5113(直通) FAX 048-799-5145(直通)

患者氏名* 様 男 女 年 月 日生 歳/職業:

患者住所* 電話番号* - -

病名* 糖尿病 1型・2型・他()

紹介目的* 1 外来希望 入院希望
2 教育入院 (短期教育入院パス(3泊4日) 長期教育入院パス(8泊9日))
インスリン導入 (長期教育入院パス(8泊9日) その他())
血糖コントロール (HbA1c (NGSP値) %以上のため)
初期治療、及び教育 合併症チェック・治療 急性合併症
悪性腫瘍チェック その他()

他合併症 高血圧症 高脂血症 虚血性心疾患 他()

家族歴等 家族歴 有()・無/既往歴等()/タバコ(本/日)
アルコール(: /日)/薬アレルギー-()/他()

現病歴 初診日 年 月 日/推定発症時期 年頃/経口薬開始 年頃
インスリン開始 年頃/治療中断(有 無)/その他

特記事項* 短期教育入院パスの場合、特に希望の項目について記載してください
栄養指導 運動療法 糖尿病とは インスリン手技
その他、患者背景など

食事等 食事 kcal/日 / 身長 cm / 体重 kg / BMI / 腹囲 cm / 血圧 - mmHg

最近のデータ (可能な範囲で結構です) HbA1c(NGSP値) % / 空腹時血糖 mg/dl / 随時血糖 mg/dl / 尿蛋白定性 -・±・+
++以上

クレアチン mg/dl / eGFR ml/min / 尿アルブミン mg/gCr

他検査

現在の処方* / / /
/ / /
/ / /

依頼元*
住所*
電話番号* FAX
医師*

年 月 日

(該当項目にチェックをお願いします。*印: 必須項目にて必ず記入してください)