

年 月 日

かけはしチェック依頼シート

患者氏名	様	性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	年	月 日 歳
紹介目的 (複数選択可)	☐ かけはしチェック (合併症定期検査) ☐ 血糖コントロール (☐ インスリン導入) ☐ 糖尿病診断時 (初期教育目的) ☐ 教育入院 ☐ 各種治療支援 (指導) ・評価 (☐ 糖尿病教室 ☐ 療養支援 (療養指導) ☐ 栄養相談 (栄養指導) ☐ 足チェック) ☐ その他		
検査依頼事項	☐ 必須事項 ★ 3ヶ月以内に実施済みのものはドロップダウンリストから「済」を選択し、結果を添付してください ① 採血・検尿 ☐ 血算 ☐ Cr ☐ eGFR ☐ K ☐ 尿酸 ☐ AST ☐ ALT ☐ γGTP ☐ HbA1c ☐ 総コレステロール ☐ 中性脂肪 ② ☐ 眼底検査 ③ ☐ 栄養相談 (栄養指導) ④ ☐ 療養支援 (療養指導) ※足チェック含む ☐ 追加検査 ☐ 空腹時CPR or IRI ☐ 抗GAD抗体 ☐ 頸動脈エコー ☐ 心エコー ☐ 検便 ☐ ABI/PWV ☐ ECG、CVR-R ☐ 腹部CT ☐ 頭部MRI (※) ☐ 神経伝導速度 (※) 能美市立病院／芳珠記念病院のみ対応が可能です		