

かけはしネットワーク能美 診療情報提供書

病院

科

先生侍史

医療機関名

医師名

拝

◆ わかる範囲でご記入ください(欄は必須項目です)。

患者氏名	様	性 別	男 ・ 女
生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)		
住 所		電話番号	
入院希望	☐ なし ☐ あり ☐ 受診時に決定		
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 ()		
臨床情報	病 型	糖尿病 : ☐ 1 型 ☐ 2 型 ☐ その他 () ☐ 不明	
	既往歴		
	糖尿病の家族歴	☐ なし ☐ あり : ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟 () ☐ 祖父 ☐ 祖母	
	アレルギー	☐ なし ☐ あり : ()	
	病 歴	糖尿病の診断時期 : ☐ () 歳頃 (昭和・平成・令和 年頃) ☐ 不詳 貴院通院開始時期 : 昭和・平成・令和 年 月頃	
	問題点 (複数選択可)	☐ 特になし ☐ 合併症の定期検査 ☐ 糖尿病についての知識不足 ☐ 合併症の出現 () ☐ 食事や内服が不規則な可能性あり ☐ 複数の経口薬でも血糖コントロール困難 ☐ 急激な血糖コントロール悪化 (1ヶ月でHbA1c 1.0%以上の上昇) ☐ 慢性の血糖コントロール不良 (HbA1c 8.0%以上)	
	経 過		
	身 長	cm	体 重 kg
	最新検査所見	実施日 (年 月 日) HbA1c () % 血圧 (/) mmHg	
	現在の処方	(処方箋内容の添付もしくはお薬手帳でも可)	
検査依頼事項	☐ 必須項目 ★3ヶ月以内に実施済みのものは斜線で消して、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、 γ GTP、HbA1c、総コレステロール、中性脂肪、HDL-C、LDL-C (計算or直接)、検尿、尿中alb (随時尿、Cr換算)		
	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 (※) 能美市立病院／芳珠記念病院のみ対応可 ☐ 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		