診療情報提供書

（糖尿病重症化予防連携パス：紹介用）

医療機関名：自治医科大学附属さいたま医療センター
糖尿病重症化予防外来
内分泌代謝科　ご担当先生

紹介元医療機関

医師名　　印

患者＿＿＿＿＿＿＿＿＿様について、下記のとおりよろしくお願いいたします。

診 断 名	**糖尿病**
紹介理由	□ 腎機能の観点：尿蛋白 1+が 2 回以上連続 □ 高血糖の観点：HbA1c 8.4%が 3 ヶ月持続 □ その他
現症・検査値	□ 糖尿病連携手帳を参照 □ HbA1c　　% □ クレアチニン　　mg/dL
投薬内容	□ 薬手帳を参照 □ 別記（　　）
その他	