

— 栃木県糖尿病医療連携クリティカルパス—
診療情報提供書 (かかりつけ医→専門医療機関)

(パスで依頼の際には事前に連携室あるいは外来受付に電話予約を)

依頼先 (医院・病院) 科 先生 侍史

患者氏名 様 男 女 T S H 年 月 日生 歳/職業:

病名 糖尿(1型・2型・他())

紹介目的 血糖コントロール(HbA1C(JDS値) 8.0%以上) 初期治療及び教育 インスリン導入
合併症チェック・治療 急性合併症 他()
外来希望 入院希望 (悪性腫瘍チェック)

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 S H 年 月 日/推定発症時期 S H 年頃/経口薬開始 S H 年頃

経過概要 インスリン開始 S H 年頃/治療中断(有 無)/以下概要

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 HbA1c(JDS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

現在の方

備考 逆紹介希望(有・無) 他()

依頼元 医院

TEL - -

FAX - -

平成 年 月 日 医師

(*必要な項目を記入してください)