

— 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** (専門医療機関→かかりつけ医)

(血糖自己測定及び注射剤の可否については事前に連絡を願います)

紹介先	医院	先生 侍史
患者氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女 ID <input type="checkbox"/> T / <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> H	年 月 日生 ( 歳)

(逆)紹介について

①(逆)紹介いたしますのでよろしくお願いいたします。(次回の当院予約 月 日)

②以下の事由により逆紹介は困難です データなど添えてご報告いたします。  
 (事由 : )

病名 糖尿病  1型・ 2型・他 ( )

合併症  網膜症  腎症  末梢神経障害  足病変  他の大血管合併症  
 歯周病  血糖コントロール困難  他( )

治療  食事  運動  経口薬  GLP-1注射  インスリン

他合併症  高血圧症  高脂血症  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 推定発症時期 S / H 年 歳頃 / 初診日 S / H 年 月 日

検査データ 現病歴や検査データの詳細については、**県医師会作成の医院・病院サマリー**、**または医院・病院作成の専用フォーマットのサマリー**を参照してください。

問題点

---

当院継続の処方 ( 科 ) ・ ( 科 ) ・ ( 科 )

/ / /

/ / /

/ / /

貴院依頼の処方 / / /

/ / /

血糖自己測定  有 (機器名など： ) ・  無

紹介元		医院・病院
TEL	— —	
FAX	— —	

平成 年 月 日 科 医師