

糖尿病診療情報提供書【専門医宛】

平成 年 月 日

医療機関名

担当医

科

先生

医療機関住所

名称

電話番号

医師氏名

印

氏名			
住所			
生年月日	明・大・昭・平	年	月
電話番号	日 (歳)	性別	男 ・ 女

傷病名	1型糖尿病・2型糖尿病・その他 ()・妊娠糖尿病 病型不詳(高血糖の原因精査)、糖尿病の合併症(疾患名:) 併発症: 高血圧症・脂質異常症・その他 ()			
紹介目的	1. 1型糖尿病の管理 2. 急性合併症の管理(昏睡・ケトアシドーシス) 3. インスリン治療導入 4. 血糖コントロール・教育入院 5. 糖尿病成因の精査 6. 眼科的合併症の精査 7. 食事指導 8. その他 ()			
既往歴 及び 家族歴				
経過	罹病機関 約____年・不詳			
	検査日			
	血糖(空腹・食後)			
	HbA1c (NGSP) (%)			
	糖尿病網膜症(未検査・網膜症なし・網膜症あり)			
治療経過	食事療法: _____kcal/日 運動療法: 薬物療法: 1. なし 2. 経口糖尿病治療薬のみ 3. インスリン使用			
処方				
備考				