

糖尿病診療情報提供書【かかりりつけ医宛】

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
	日	(歳)	性別
			男 ・ 女
電話番号			

病型	1型糖尿病・2型糖尿病・その他 ()		
合併症の状態	腎 症： なし ・ あり (早期腎症・顕性腎症前期・顕性腎症後期・腎不全期・透析療法期) 網 膜 症： なし ・ あり (単純・前増殖・増殖) 神経障害： なし ・ あり (末梢神経・自律神経・その他) 動脈硬化： なし ・ あり (脳・心・末梢・その他) 足 病 変： なし ・ あり ()		

当面の 治療目標	HbA1c (NGSP) _____% 空腹時血糖 _____mg/dl 食後血糖 _____mg/dl その他の指標 ()		
食事指示	エネルギー： _____kcal/日	蛋白制限： 不要・要 (_____g/日)	
	塩分制限： 不要・要 (_____g/日)	カリウム制限： 不要・要 (_____g/日)	
運動指示			
今後の 方針	当科受診： _____ヶ月毎 (次回 年 月 日) 眼科受診： _____ヶ月毎 (次回 年 月 日) その他：		
経過			
処方	(書ききれない場合は処方の一覧等を添付)		
備考	(血糖測定器・穿刺器具の種類等)		