

診療情報提供書（糖尿病短期支援入院患者用）

日本鋼管福山病院

糖尿病内科

先生 御侍史

紹介年月日	年 月 日
所在地	
名称	
医師名	

カナ						
氏名		性別		生年月日	年 月 日	歳
住所	〒 -					
連絡先	(自宅) - -			(携帯) - -		

傷病名 (主訴)	
既往歴及び 家族歴	
アレルギー歴	
治療経過	<p>*眼科 <input type="checkbox"/> 定期受診中 (病院名:) <input type="checkbox"/> 途中中断 (最終受診 年) <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>*歯科 <input type="checkbox"/> 定期受診中 (病院名:) <input type="checkbox"/> かかりつけなし <input type="checkbox"/> 不明</p>
社会的背景・ 療養上 気になる点	
現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照 (処方箋、お薬手帳コピー)
検査希望	<p>*入院中に以下の検査を予定しています。すでに検査済で不要な検査があればチェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 (自律神経検査含)</p> <p><input type="checkbox"/> CAVI/ABI <input type="checkbox"/> 腹部超音波</p> <p>*オプションで以下を予定しています。希望される場合はチェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 腹部CT (内臓脂肪面積含) (腹部超音波に代わって施行します。読影レポートが間に合いませんので、貴院で結果説明をお願いします。)</p> <p><input type="checkbox"/> 頸動脈エコー</p> <p><input type="checkbox"/> 家族の食事体験 (1食670円で糖尿病食を用意します。*アレルギー対応不可)</p>