

糖尿病患者診療情報提供書

医療機関名 日本鋼管福山病院

糖尿病内科

先生 御侍史

〒721-0927 広島県福山市大門町津之下1844番地
TEL (084)945-3106(代表) FAX (084)945-3699(地域連携室)

紹介年月日	年	月	日
紹介医療機関			
所在地			
名称			
医師名			

フリガナ	昭・平			
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日生 (歳)
住所 〒	Tel			
傷病名 (主訴)				
紹介目的				
<input type="checkbox"/> 血糖コントロール				
<input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 受けたことがある (時期) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明				
<input type="checkbox"/> 糖尿病生活指導 <input type="checkbox"/> 受けたことがある (時期) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明				
<input type="checkbox"/> 検査希望 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> CAVI/ABI <input type="checkbox"/> 負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他CTなど ()				
<input type="checkbox"/> その他 ()				
治療経過				
経過と家族歴				
糖尿病の診断時期 約 年前または 歳頃 <input type="checkbox"/> 不明				
糖尿病診断のきっかけ <input type="checkbox"/> 健診で <input type="checkbox"/> 他の病気の治療中に <input type="checkbox"/> 症状があった <input type="checkbox"/> その他 ()				
身内に糖尿病の人が <input type="checkbox"/> いる (誰が) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明				
既往歴				
眼科 <input type="checkbox"/> 定期受診中 (病院名) <input type="checkbox"/> 途中中断 (最終受診 年頃) <input type="checkbox"/> 不明				
社会的背景・療養上の問題など				
現在の処方				
<input type="checkbox"/> お薬手帳の通り				
<input type="checkbox"/>				
逆紹介				
<input type="checkbox"/> 必ず <input type="checkbox"/> 内服なら可 <input type="checkbox"/> 逆紹介は希望しない <input type="checkbox"/> その他 (貴院からのご希望)				