

Kobe DM net (糖尿病地域連携パス) 診療情報提供書 (初回用)

平成 年 月 日

病院

糖尿病内科 担当医 先生 御侍史

FAX - - 〒 - -

住 所:

電 話(078) - -
FAX(078) - -

医師名:

印

(フリガナ)		性別	ID: (あれば)	
患者氏名		男・女	生年月日	
			年齢	
住 所	〒			
	TEL - -			
紹介目的	Kobe DM net (糖尿病地域連携パス)での診療			
診断名	糖尿病 (<input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 不詳)			

いつも大変お世話になり、有難うございます。

当院に 初診 通院中 (年頃より) の患者さんを紹介致しますのでよろしくお願い致します。

紹介目的

- 糖尿病教育入院
- 入院での血糖コントロールと合併症精査
- 外来での診療
 - 血糖コントロール
 - 適切な薬剤の選定
 - 合併症 () の評価
 - 管理栄養士による栄養指導
 - 貴院の方針通りで
 - その他 ()
- フットケア
- 透析(腎不全)療養指導
- 妊娠糖尿病の管理
- 持続血糖測定(CGM)

患者概要 糖尿病発症 年頃 または 歳頃
 血糖値 mg/dl HbA1c % (別紙検査結果 あり なし)
 処方内容 おくすり手帳の通り 別紙の通り 以下の通り
 眼科受診 未受診 通院中()眼科 その他()

紹介後の
 継続診療 当院で引き続き診療
 引き続き連携パスでの診療 (月毎に連携診療)
 貴院および他の医療機関での診療継続を希望
 その他()

以上、今後ともよろしくお願いいたします。

その他

予約希望日	第1(月 日 / 曜日) 第2(月 日 / 曜日) または、 <input type="checkbox"/> 大至急(電話連絡必要) <input type="checkbox"/> 可能な限り早急 <input type="checkbox"/> いつでもOK
-------	---