

診療情報提供書（糖尿病地域連携パス 二回目以降ご紹介用）

平成 年 月 日

区

先生 御侍史

FAX ()
-

〒 -

電話 () -
FAX () -

印

(フリガナ)		性別	ID:	
患者氏名			生年月日	年齢
紹介目的 /報告事項	糖尿病地域連携			
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)			
①主 訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現 症 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他				
<p>いつも大変お世話になり、有難うございます。</p> <p>糖尿病地域連携パスを使用し、 <input type="checkbox"/>引き続いての <input type="checkbox"/>糖代謝増悪につき <input type="checkbox"/>その他()のため御加療をお願いいたします。</p> <p>現在のHbA1cは、()%です。{()年()月現在} (別紙検査結果 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし) <u>(検査結果のコピーなどを添えていただければ幸甚です)</u></p> <p>現在の薬物療法は、前回貴院診察時と、<input type="checkbox"/>変更ありません <input type="checkbox"/>変更しております。 (変更後の処方は、<input type="checkbox"/>おくすり手帳の通り <input type="checkbox"/>別紙の通り <input type="checkbox"/>以下の通り) です。</p> <p>現在の問題点は、<input type="checkbox"/>特にありません <input type="checkbox"/>食事療法 <input type="checkbox"/>運動療法 <input type="checkbox"/>その他(以下の通り)</p> <p>()</p> <p>です。今後とも何卒よろしく願いいたします。</p> <p>(以下は追加希望があれば、チェックください。)</p> <p><input type="checkbox"/>血糖コントロール <input type="checkbox"/>合併症の検索(具体的には)</p> <p><input type="checkbox"/>適切な薬物療法の選定 <input type="checkbox"/>管理栄養士による栄養指導 <input type="checkbox"/>動脈硬化のスクリーニング</p> <p><input type="checkbox"/>悪性腫瘍のスクリーニング <input type="checkbox"/>おまかせ <input type="checkbox"/>その他()を追加希望いたしません。</p>				