

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

担当医 科 先生

〒

病院

Tel( ) -

Fax( ) -

担当科 科

医師氏名 印

## 診療情報提供書(紹介)

下記の患者さんを紹介しますので、貴院にてご高診くださるようお願い申し上げます。

患者氏名	ID( )	性別
生年月日 ( )		職業

傷病名	糖尿病		
紹介目的	貴院での通院加療、定期検査をお願いします。		
糖尿病歴	年発症	年初診	
検査結果(合併症)	年	月	
網膜症(無)		胸部XP:CTR	%
腎症(無)		ECG( <input type="checkbox"/> 運動負荷あり・ <input type="checkbox"/> なし):	
尿alb	mg/gCre	T-cho	mg/dl
24h-CCR	ml/min	TG	mg/dl
神経障害( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)		HDL-C	mg/dl
血圧	~ mmHg	LDL-C	mg/dl
最近の血糖コントロール:			
HbA1c	%	血糖( <input type="checkbox"/> 空腹時、 <input type="checkbox"/> 食後 時間)	mg/dl
治療内容:食事	Kcal、塩分	g、蛋白	g
教育指導:なし			
(次回 年 月診察)			