

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

担当医 科 先生

〒

大垣市南類町4丁目86番地

大垣市民病院

TEL() -

FAX() -

担当科 科

医師氏名 印

診療情報提供書(報告)

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	合併症などの定期検査を施行しました。結果を御報告します。		
検査結果	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
		LDL-C	mg/dl
		血圧	~ mmHg
空腹時血糖	mg/dl	その他:	
空腹時インスリン	μ U/ml		
HbA1c	%		
尿中Cペプチド	μ U/day		
塩分摂取量	g/day		
蛋白摂取量	g/day		
コメント			
	次回の診察は 年 月です。引き続きよろしく申し上げます。		