

Kobe DM net (糖尿病地域連携) 診療情報提供書 (初回用)

令和 年 月 日

糖尿病内科 担当医 先生 御侍史

〒

住 所:

電 話
FAX

医師名:

㊟

| | | | | |
|--------|--|-----|-----------|--|
| (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)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しま
紹介目的

- 糖尿病教育入院を含む入院加療
- 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相談
 - 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()
 今後の診療について 引き続き、当診療所と貴院による連携での診療(典型的な循環型パス)
 今回のみの診療および検査依頼
 当診療所への通院は終了とし、貴院あるいは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 |
|-------|---|