

# 診療情報提供書

様式③

依頼日:平成 年 月 日

紹介先医療機関

かかりつけ医

\_\_\_\_\_先生 御侍史

\_\_\_\_\_医院

医師 \_\_\_\_\_

TEL ( \_\_\_\_\_ )

患者氏名 : \_\_\_\_\_ 様 性別 : 男 女  
 患者住所 : \_\_\_\_\_  
 生年月日 : 昭和 年 月 日

病名又は主訴 (糖尿病以外)  高血圧  高脂血症  肥満症(BMI30以上)  
 その他( \_\_\_\_\_ )

紹介目的  血糖コントロール&栄養指導  教育入院  インスリン導入  
 合併症検査  網膜症  腎症  神経障害  心・脳血管疾患  
 急性増悪のコントロール  その他

**紹介歴**  初診  再診(前回 平成 年 月 )

**経過・治療** コントロール状態(優・良・可・不可) 最近の変化(改善・不変・悪化・不安定)  
 指示カロリー:( \_\_\_\_\_ )Kcal ( \_\_\_\_\_ )単位

**最近の検査結果**

	mg/dl	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		空腹時	食後 時間	空腹時	食後 時間	空腹時	食後 時間
血糖値		( )	( )	( )	( )	( )	( )
HbA1c	%	( )	( )	( )	( )	( )	( )

**主な処方**

- ①
- ②

**逆紹介に際して** \*紹介元医療機関の情報

- ①症状が安定した場合には治療が可能 (はい・いいえ)
  - ②インスリン療法が必要な場合でも治療が可能 (はい・いいえ)
  - ③自己血糖測定を開始した場合でも治療が可能 (はい・いいえ)
- 使用している自己血糖測定器( \_\_\_\_\_ )