

## 診療情報提供書

様式④

依頼日:平成 年 月 日

紹介先医療機関

紹介元医療機関

\_\_\_\_\_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

①糖尿病 ②糖尿病合併症(網膜症・腎症・神経障害)  
 ③

紹介目的

① 治療の継続 ② 合併症の精査  
 ③ その他( \_\_\_\_\_ )

**経過・治療** 指示カロリー:( \_\_\_\_\_ )Kcal ( \_\_\_\_\_ )単位

**特記事項** :  ( \_\_\_\_\_ )カ月後に再診させてください  ( \_\_\_\_\_ )

**主な処方**

- ①
- ②
- ③

**経過表**

	月 日	月 日	月 日	月 日
空腹時血糖値	( )	( )	( )	( )
食後血糖値	( )	( )	( )	( )
HbA1c	( )	( )	( )	( )