

診療情報提供書(眼科用)

様式⑤

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

診断名

- 糖尿病 境界型・耐糖能異常 糖尿病腎症・神経障害
 高血圧 脂質異常症 (_____)

<症状経過及び治療経過>

身長 _____ cm 体重 _____ Kg BMI _____ 腹囲 _____ cm

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)

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	%	()	()	()	()	()	()

現在の治療

- 食事療法(_____)Kcal 内服中 インスリン療法中

主な処方

- ①
- ②
- ③