

診療情報提供書（かかりつけ医からの紹介） 年 月 日

紹介先 医院 先生侍史

患者名： 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日（ 歳）

住所： 電話番号：

ID No. 職業：

診断（主病名および合併症）

1. 糖尿病（ 1型・2型・その他（ ））

2.

3.

紹介目的：血糖コントロール、初期治療、教育入院、インスリン導入、糖尿病療養指導、  
栄養指導、合併症検査・治療、その他

初診日 年 月 日、発症年齢：（推定・自己申告）： \_\_\_\_ 歳

糖尿病の家族歴：

アレルギー歴： 嗜好：飲酒： 喫煙：

既往歴：

検査所見：

身長：\_\_\_\_ cm、体重：\_\_\_\_ kg、(BMI:\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>)、血圧\_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg

空腹時・随時血糖値： \_\_\_\_ mg/dl、HbA<sub>1c</sub>値； \_\_\_\_ %

その他の検査：

糖尿病性合併症：

網膜症：なし、単純、増殖前、増殖、不明

腎症：I、II、III、IV、V期、不明

神経障害：あり、なし、不明

心筋梗塞：（あり、なし）、脳梗塞：（あり、なし）、足背動脈（触知する・しない）

高血圧症：（あり、なし）、心電図異常：（あり、なし）、足病変（あり、なし）

治療：

栄養指導 :なし、あり（ 年 月）

食事 \_\_\_\_ kcal/日（ \_\_\_\_ kcal/kg IBW、蛋白制限 \_\_\_\_ g/日、減塩 \_\_\_\_ g/日）

運動療法の指示 :なし、あり

経口剤 :

インスリン :

その他の薬剤 :

SMBG :なし、あり（血糖測定器： /日測定）

治療経過

逆紹介の希望：なし・あり

紹介元： 医院・病院

TEL: FAX:

科 担当医： 印