

診療情報提供書（専門医療機関からの紹介）

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

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：

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；\_\_\_\_\_ %  
 空腹時・随時インスリン値：\_\_\_\_\_ mU/ml (HOMA-R；\_\_\_\_\_ )  
 空腹時血中 C-ペプチド；\_\_\_\_\_ ng/ml、尿中 C-ペプチド；\_\_\_\_\_ μg/日  
 LDL-chol：\_\_\_\_\_ mg/dl、HDL-chol：\_\_\_\_\_ mg/dl、TG：\_\_\_\_\_ mg/dl、尿酸：\_\_\_\_\_ mg/dl  
 その他の検査所見：CA19-9\_\_\_\_\_ U/ml、CEA\_\_\_\_\_ ng/ml、抗 GAD 抗体\_\_\_\_\_ U/ml

糖尿病性合併症：

1. 細血管障害

網膜症：なし、単純、増殖前、増殖、不明  
 腎症：I、II、III、IV、V期、不明 アルブミン尿；\_\_\_\_\_ mg/日  
 血中 Cr：\_\_\_\_\_ mg/dl、Alb：\_\_\_\_\_ mg/dl、eGFR：\_\_\_\_\_ ml/min  
 神経障害：あり、なし、不明 振動覚；右 > \_\_\_\_\_ 秒、>左 \_\_\_\_\_ 秒  
 膝蓋腱反射；亢進、正常、減弱、アキレス腱反射；亢進、正常、減弱

2. 大血管障害

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）  
 PWV ABI 頸動脈 IMT

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）  
 フットケア実施：なし、あり（ 年 月）  
 透析予防相談実施：なし、あり（ 年 月）

問題点：

紹介元： 医院・病院  
 TEL: FAX:  
 科 担当医： 印