

糖尿病 教育入院 診療情報提供書

神戸百年記念病院
内科

令和 年 月 日

〒
住所: 先生宛 医療機関:
TEL: - - FAX: - -
医師名:

(フリガナ)		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	M・T S・H 年 月 日	

住所 〒
TEL - -

保険者番号		本人・家族	公費	公費負担者番号										
	記号	番号		公費受給者番号										

紹介目的

<input type="checkbox"/> 糖尿病教育入院	<input type="checkbox"/> 入院での血糖コントロールと合併症精査
<input type="checkbox"/> 外来での診察	
<input type="checkbox"/> 血糖コントロール	<input type="checkbox"/> 適切な薬剤の選定
<input type="checkbox"/> 合併症()の評価	<input type="checkbox"/> 管理栄養士による栄養指導
<input type="checkbox"/> 透析(腎不全)療養指導	<input type="checkbox"/> その他()

診断名

当院に通院中の患者様につきまして情報提供致します。

【患者概要】

- ・糖尿病の発症 年頃 または 歳頃
- ・血糖値 _____mg/dl HbA1c _____ (別紙検査結果 あり なし)
- ・処方内容 お薬手帳の通り 別紙の通り 以下の通り
- ・認知症 あり なし
- ・眼科受診 未受診 通院中()眼科 その他()

【紹介後の継続診療】

- 当院で引き続き診療
- 貴院および他の医療機関での診療継続を希望
- その他()

その他

希望日	第1	入院日: (月 日 / 曜日)	第2	入院日: (月 日 / 曜日)
		支援日: (月 日 / 午前・午後)		支援日: (月 日 / 午前・午後)
		支援日: (月 日 / 午前・午後)		支援日: (月 日 / 午前・午後)

※当院での教育入院の入院期間は原則2週間となります。
 ※当院では、入院日を含まない5日前以内に
 PCR検査・入院前支援(入院中の説明など)を実施させて頂いております。
 神戸百年記念病院 地域医療総合支援センター FAX:078-686-1802 TEL:078-681-6250