

# Kobe DM net (糖尿病地域連携パス) 診療情報提供書 (初回用)

神戸百年記念病院  
糖尿病内科

先生 御侍史

平成 年 月 日

住所: 〒

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	公費受給者番号
紹介目的	Kobe DM net (糖尿病地域連携パス)での診療			
診断名	糖尿病 ( <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 不詳 )			

いつもお世話になり有難うございます。

当院に 初診 通院中 ( 年頃より ) の患者さんを紹介致しますのでよろしくお願い致します。

紹介目的

- 糖尿病教育入院
- 入院での血糖コントロールと合併症精査
- 外来での診療
  - 血糖コントロール
  - 適切な薬剤の選定
  - 合併症 ( ) の評価
  - 管理栄養士による栄養指導
  - 貴院の方針通りで
  - その他 ( )
- フットケア
- 透析(腎不全)療養指導

患者概要 糖尿病発症 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 おくすり手帳の通り 別紙の通り 以下の通り

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
  - 引き続き連携パスでの診療 ( ヶ月毎に連携診療)
  - 貴院および他の医療機関での診療継続を希望
  - その他( )

以上、今後ともよろしくお願い致します。

その他

予約希望日	第1( 月 日 / 曜日) 第2( 月 日 / 曜日) または、 <input type="checkbox"/> 大至急(電話連絡必要) <input type="checkbox"/> 可能な限り早急 <input type="checkbox"/> いつでもOK
-------	---