

診療情報提供書（糖尿病地域連携パス 初回用）

平成 年 月 日

病院

糖尿病内科 担当医 先生 御侍史

FAX - - 〒 -
住所

電話(078) - -
FAX(078) - -

医師名 ㊤

(フリガナ)		性別	ID: (あれば)
患者氏名		男・女	生年月日
			年齢
住 所	〒		
	TEL	-	-
紹介目的 /報告事項	糖尿病地域連携		
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)		
①主 訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現 症 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他			

いつも大変お世話になり、有難うございます。

当院に 初診された 通院されている 患者さんを紹介致します。
糖尿病地域連携パスを使用し入院 通院 その他()にての加療を希望します。

紹介目的は、血糖コントロール 合併症の検索(具体的には)
適切な薬物療法の選定 管理栄養士による栄養指導 動脈硬化のスクリーニング
悪性腫瘍のスクリーニング おまかせ その他()です。

現在のHbA1cは、()%です。{()年()月現在}
(別紙検査結果 あり なし)

眼科受診については、未受診 通院中()眼科 その他()です。
現在の薬物療法は、おくすり手帳の通り 別紙の通り 以下の通り です。

貴院にての加療の後、当院への逆紹介 貴院を含む他の医療機関での加療 おまかせ
その他()でお願いいたします。

今後とも何卒よろしくお願いいたします。

{その他 }

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

備考 : 控用の複写をとってから交付してください。

診療情報提供書 (糖尿病地域連携パス 御留用)

平成 年 月 日

糖尿病内科 担当医 先生 御待史

FAX - - 住所 〒 - - 電話(078)- - FAX(078)-

医師名

性別 ID:(性別) 生年月日 年齢

患者氏名 男・女

住所 〒 TEL

紹介目的/報告事項 糖尿病(口2型) 口1型 口その他(口妊娠)

主訴 大変お世話となり、有難うございます。

当院に口追加された、口追加されている患者さんを紹介します。糖尿病地域連携パスを使用し口入院口通院口その他。Nでの加療を希望します。

紹介目的は、口血糖コントロール 口合併症の発生(具体的には交差薬物療法の設定 口管理栄養士による栄養指導 口動脈硬化のスクリーニング 口悪性腫瘍のスクリーニング 口おむかせ 口その他(現在のHbA1cは、()%です。()年()月現在)

眼科受診については、口未受診 口通院中(眼科) 口その他(現在の薬物療法は、口おくすり手帳の通り 口以下の通り)です。

貴院にての加療の後、口当院への送紹介 口貴院を含む他の医療機関での加療 口おむかせ 口その他()でお願いたします。

今後どのようなお願いたします。

その他

予約希望日 貴院()月()日/ 曜日() 業次 月 日/ 曜日) おこし曜日 または、口大至急で(電話連絡必要) 口可能な限り早急に 口によってOK

紹介目的に関しては、いくつか選択いただいても構いませんが、病院ごとに対応できる項目に制限がありますので、必ず別紙「病院対応リスト」をご参照ください。

可能な限り、糖代謝に関するデータを含む検査結果のコピーを添付してください。

糖尿病診療に眼科診療は不可欠です。ご紹介時に、受診を促していただき、またその後の「かかりつけ眼科」への定期受診をお勧めください。なお受け入れ基幹病院が「眼科診療困難」である場合もありますのでご注意ください。

認知症などにより「おくすり手帳」の持参が困難であれば、必ず処方箋のコピーなどを添付してください。

今後の方向性についてのご希望を選択して下さい。なお、病態によりご希望に沿えないこともありますのでご了承ください。

予約方法に関しては、受け入れ基幹病院ごとに異なりますので、御相談ください。なお、「大至急で」(当日を含めて2日以内を目安)の紹介を希望される場合は、必ず電話連絡などにより受け入れ病院に直接確認をお願いいたします。