

医療機関名 ()

先生 御侍史

診療情報提供書（糖尿病・腎症（CKD）・網膜症・その他）・紹介

※該当する疾患名を○で囲んでください。

下記の方は、専門（協力）医療機関との連携が必要と判断しました。
ご高診をよろしくお願いたします。

ご紹介日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名様		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	把握経路	<input type="checkbox"/> 健診・ <input type="checkbox"/> 診療
生年月日	T・S・H 年 月 日	歳	職業		
住所					
傷病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 病態精査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 () <input type="checkbox"/> 生活指導 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
合併症 ・ 基礎疾患	・糖尿病性腎症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・糖尿病性網膜症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・高脂血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・その他 ()				
家族歴					
症状経過					
検査結果	実施日 令和 年 月 日 空腹時血糖 () mg/dl (随時血糖) mg/dl HbA1c () % Cre：クレアチニン () mg/dl eGFR（推定糸球体ろ過量） () ml/min/1.73m ² 尿アルブミン値 () mg/gCr 尿蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2 + <input type="checkbox"/> 3 + ~ または g/gCr 尿潜血 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2 + <input type="checkbox"/> 3 + ~ または尿沈渣 その他 ()				
治療経過					
現在の処方	※ご記載いただくか、「お薬手帳」等のコピーを添えてください。				
今後の 診療方針	<input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限りかかりつけ医（当院）で診療 <input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関での診療を希望 <input type="checkbox"/> その他 ()				
連絡事項					

医療機関名
住所
電話番号
医師氏名