診療情報提供書（糖尿病地域連携パス 初回用）

年 月 日

神戸赤十字病院
糖尿病代謝内科 川島邦博先生御侍史

〒 -
神戸市 区
TEL (078) -
FAX (078) -
医院・クリニック・診療所

印

(フリガナ)		性別	生年月日
患者氏名		男・女	
住所	〒 TEL - -		
紹介目的 /報告事項	糖尿病地域連携(Kobe DM net)での診療		
診断名	糖尿病 (☐ 2型 ☐ 1型 ☐ その他 ☐ 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			
<p>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 患者様を紹介させていただきます。 ●糖尿病地域連携パスを使用し☐入院 ☐通院 ☐その他()にての加療を希望いたします。 ●紹介目的は、☐教育入院 ☐血糖コントロール ☐適切な薬物療法の選定 ☐栄養指導 ☐フットケア ☐合併症の評価(具体的には) ☐持続血糖測定(CGMS) ☐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)可能な限りコピーを同封いただければ助かります。 ●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。</p>			

予約希望日 または曜日	第1(月 日 / 曜日) 第2(月 日 / 曜日)
----------------	-----------------------------