

# 紹 介 状 (診療情報提供書)

年 月 日

JA広島総合病院  
TEL (0829)36-3111  
FAX (0829)36-5573  
糖尿病代謝内科

先生 御侍史

住 所  
医療機関名  
医師名  
電話番号  
FAX

印

紹介患者氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生( 歳) 男・女
--------	--------------------------

紹介目的	<input type="checkbox"/> 糖尿病教育 <input type="checkbox"/> 治療方針決定 <input type="checkbox"/> その他( )
------	--

病名 (主訴)	糖尿病【1型・2型・その他( )・病型不明】	開放病棟希望 (有・無)
------------	------------------------	--------------

現病歴・現症・検査所見・経過・処方等	
1) 初めて糖尿病が疑われた時期 【 才頃(または 年頃) 、不明 】 2) 糖尿病診断のきっかけ 【 検診 ・ 他疾患診療中の検査にて ・ 高血糖症状( ) ・ その他( ) 】 3) 直近のデータ 【身長 cm【体重 kg】【HbA1c %】 【血糖値 (空腹時 mg/dl または 随時 mg/dl )】 4) 治療歴 ① 食事療法 指導歴【無・不明・有→ kcal/day、 年頃】 ② 運動療法 指示歴【無・不明・有→ 年頃】 ③ 薬物療法 SU薬使用歴【無・不明・有→ 年頃から】 インスリン使用歴【無・不明・有→ 年頃から】 5) 合併症(わかる範囲内で結構です) ① 網膜症 【不明・無・有→】 ② 腎症 尿タンパク【不明・陰性・マイクロアルブミン尿陽性・定性蛋白尿陽性】 血清BUN Cr ③ 神経障害 【不明・無・有→症状あれば( )】 ④ 動脈硬化性疾患【無・脳血管障害( )・冠動脈疾患( )・閉塞性動脈硬化症】 ⑤ 高血圧症 【無・有】 ⑥ 脂質異常症(高脂血症) 【無・有】 6) 現在の処方 ① 経口血糖降下薬: ② インスリン: ③ その他: 7) その他の連絡事項(アルコール、喫煙、今までの療養上の問題点など)	

既往症	薬剤アレルギー (有 無)
-----	---------------

備考

1. 宛先の医師名が不明の場合は、空欄でも構いません。
2. 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。
3. 開放病棟を希望される場合は有に○を記載してください。