

年 月 日

(様式1)

診療情報提供書(一次医療機関 二次医療機関)

一次医療機関(かかりつけ医)

医療機関名
医師名
fax

二次医療機関(担当医)

医療機関名
医師名
fax

患者			
ふりがな			
氏名			
生年月日	年	月	日
性別	男	女	
住所			
電話番号			

傷病名 糖尿病 (1型・2型・その他・不明)

糖尿病発症 昭和・平成 年頃

紹介目的 教育目的

血糖コントロール不良例(HbA_{1c} 8%以上が3ヶ月以上続くなど)

インスリン導入の困難な症例

慢性合併症精査加療、腎症stage III以上、網膜症、神経障害、大血管症など

急性代謝失調

歯科診療(歯周病など)

その他(

入院治療の必要性 必要 不要 専門医の判断に一任

以後の連携パスの使用 希望する 希望しない 専門医の判断に一任

最近の経過(HbA_{1c}、血糖値、合併症の状況などご記入下さい)

現在の薬物療法

内服薬

インスリン

その他