

年 月 日

(様式2)

診療情報提供書(二次医療機関 一次医療機関)

一次医療機関(かかりつけ医)

医療機関名
医師名
fax

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			

二次医療機関(担当医)

医療機関名
医師名
fax

傷病名 糖尿病(1型・2型・その他・不明)

治療内容、経過

食事指導	指示カロリー	kcal
------	--------	------

生活指導	指示運動量
------	-------

以後連携パスの使用 使用する 使用しない
次回専門病院受診日 平成 年 月 日