

# 診療情報提供書

(糖尿病センター専用)  
必ず紹介患者受付経由でお願いします

(糖尿病センター紹介患者受付)  
高知赤十字病院  
電話 871-3607・FAX 822-1468  
TEL 0120-71-3607  
FAX 0120-71-3608

高知赤十字病院

糖尿病センター 担当医 殿

平成 年 月 日

医療機関の名称・所在地

電話  
FAX

医師氏名

印

患者	氏名				職業		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(才)	男・女

診断名	2型糖尿病			糖尿病診断年 (	年)
既往歴				身長	cm
				体重	kg
家族歴					
タバコ	本/日 (期間:	年間)	アルコール	種類	量 1日
糖尿病地域連携手帳	<input type="checkbox"/> あり ※お持ちでない場合は当院でお渡しいたします。 <input type="checkbox"/> なし				
かかりつけ眼科	<input type="checkbox"/> あり (施設名: ) <input type="checkbox"/> なし				
一か月後の栄養指導の実施	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
その他留意事項					

目的	精査、指導及び診察 (眼底検査・血液検査・アルブミン定量(尿)・栄養指導・フットケア・療養指導 頸動脈エコー・心電図検査・神経伝達速度検査(NCV)・血圧脈波検査)				
検査結果:	年	月			
	(・空腹時・随時) 血糖値		mg/dl	HbA1c	%
	血清クレアチニン値		mg/dl	尿検査	尿糖 ( ) 尿蛋白 ( )
現在の治療薬:					
その他病状経過等	(運動療法又は服薬指導に関するアドバイスが必要な場合はそれぞれ具体的な内容をご記入ください)				