

# 糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

## かかりつけ医⇄専門医(糖尿病・腎臓・その他)・眼科・歯科紹介用

紹介年月日 年 月 日		返信年月日 年 月 日																			
【かかりつけ医】 名称 所在地 電話番号 医師氏名 カルテNo. ....																					
【紹介先医療機関】 名称 所在地 電話番号 医師氏名 カルテNo. ....																					
患者氏名	フリガナ 氏名 男 女 年 月 日生 ( )歳																				
患者住所	〒 電話: - -																				
診断名	糖尿病 1型・2型 その他( )																				
合併症	糖尿病網膜症 不明・無・有( ) 糖尿病神経障害 不明・無・有( ) 糖尿病腎症 不明・無・有( ) 止血薬 不明・無・有( ) 入血盲症 不明・無・有( ) 困窮病 不明・無・有( ) ての心 ( )																				
患者情報	糖尿病の家族歴(2親等以内) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 喫煙歴 <input type="checkbox"/> あり(本/日・年数(年)) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり 飲酒歴 <input type="checkbox"/> あり(頻度:毎日・( )日/週・月) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり																				
検査所見	身長 cm、体重 kg、腹囲 cm、血圧 mmHg																				
	<table border="1"> <tr> <td>検査日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血糖値(空腹・食後)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1c%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			検査日						血糖値(空腹・食後)						HbA1c%					
	検査日																				
血糖値(空腹・食後)																					
HbA1c%																					
TC mg/dl LDL-C mg/d HDL-C mg/d TG mg/d 血清Cr mg/d eGFR ml/min/1.73m <sup>2</sup> 尿蛋白( ) 尿蛋白(定量) g/gCr 尿中アルブミン mg/gCr その他																					
※検査結果は、別紙添付等でも可																					
生活習慣指導	食事療法の指導 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない 運動療法の指導 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない																				
かかりつけ医 ⇄ 紹介先医療機関	紹介目的・相談事項		紹介・相談事項への返信																		
	紹介先診断名・所見・特記事項等																				
糖尿病専門医	紹介目的・相談事項等	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 治療方針のアドバイス <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 外来での教育 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他( )																			
	診断・所見・特記事項等	<input type="checkbox"/> 治療方針決定(合併症含む) <input type="checkbox"/> コントロール改善 <input type="checkbox"/> 指導・検査終了 <input type="checkbox"/> その他( )																			
腎臓専門医	紹介目的・相談事項等	<input type="checkbox"/> 腎症評価※ ※参考:日本腎臓学会作成紹介基準 <input type="checkbox"/> 腎代替療法の相談 <input type="checkbox"/> 腎不全に伴う合併症評価 <input type="checkbox"/> その他( )																			
	診断・所見・特記事項等	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症:病期(第1・2・3・4・5期) <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> その他( )																			
眼科医	紹介目的・相談事項等	<input type="checkbox"/> 眼科合併症検査・治療依頼 <input type="checkbox"/> その他( )																			
	診断・所見・特記事項等	<input type="checkbox"/> 経過観察( )ヶ月後 <input type="checkbox"/> 網膜光凝固(未・済) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 網膜症なし <input type="checkbox"/> 単純糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> 前増殖糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> 糖尿病黄斑浮腫(右・左・両) <input type="checkbox"/> 増殖糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 視力 右( ) 左( ) <input type="checkbox"/> その他( )																			
歯科医	紹介目的・相談事項等	<input type="checkbox"/> 歯周病の疑い <input type="checkbox"/> 口腔内精査依頼 <input type="checkbox"/> その他( )																			
	診断・所見・特記事項等	<input type="checkbox"/> 当院(科)にて治療 <input type="checkbox"/> 専門歯科医療機関紹介 <input type="checkbox"/> 治療完了・当院(科)で経過観察 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 歯周病(軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> う蝕( 歯) <input type="checkbox"/> その他( )																			
治療経過・連絡事項等	かかりつけ医での治療経過・現在の処方・相談事項等		紹介先からの連絡事項等																		
		以上・裏面へ続く																			

治療経過・連絡事項等

かかりつけ医での治療経過・現在の処方・相談事項等

紹介先からの連絡事項等