

診療情報提供書（Ⅰ）一般医療機関（かかりつけ医等）から専門医療機関

年 月 日

【紹介先医療機関】

○○科 ○○○先生

【紹介元医療機関】

医療機関名_____

医師氏名

所在地・電話番号

患者氏名		生年月日	年　月　日	男 ・ 女
住　　　所			電話番号	
診　断　名	□ 糖尿病（２型　１型　その他）　□ 耐糖能異常（境界型）　　　□ 糖尿病腎症			
合　併　症	□ ☒ あり □ なし □ 糖尿病性網膜症 □ 神経障害 □ その他（ ）			
併存疾患	□ 高血圧 □ 脂質異常症 □心血管疾患（ ） □ 高尿酸血症 □ その他（ ）			
経　過 及 び 病　状	糖尿病罹患期間　約 年・ <u>か月</u> （ 年　発症 ・ 発見・受診者申告　）			
	□ 血糖コントロール不良 □ 尿タンパク・アルブミン定量陽性 □ 腎機能低下 □ その他（ ）			
	検査実施日 年 月 日 ※ 検査データ等添付　□ あり　□ なし 血圧（ / mmHg) 血糖値（ mg/dl)　HbA1c（ %） クレアチニン（ mg/dl)　尿タンパク（－　±　＋　2+　3+　） eGFR（ ml/分/1.73 m²） その他（ ）			
治療内容	《食事療法》 □ 指示あり 糖尿病（ ）単位食・（ ）kcal □ 指示なし 《薬物療法》 ※ 処方箋の写しでも可 《その他》			
病診連携 の意向	□ 当院にて継続診療を希望 □ 病状安定まで貴院での診療を希望 □ 貴院への転医を希望			
依頼事項 特記事項				

診療情報提供書（Ⅰ）専門医療機関から一般医療機関（かかりつけ医等）

年 月 日

【紹介先医療機関】

_____ 医院
_____ 先生

【紹介元医療機関】

医療機関名 _____
医師名 _____
所在地・電話番号 _____

氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)		
電話番号			

診断名	
実施した 検査及び 今後の治 療方針等	※ 実施した検査データ (検査データ等添付 ☐ あり ☐ なし) 今後の治療方針 等

今 回 の 指導内容	☐ 病態説明 ☐ 糖尿病透析予防指導外来受診 (回) ☐ 食事指導 ☐ 運動指導 ☐ 禁煙指導 ☐ その他 ()
処 方 薬	☐ なし ☐ あり ※ 処方箋の写しでも可 処方内容 :
今 後 の 治療予定	☐ 連携不要 ☐ 連携のため _____ カ月後に要受診 ☐ 病状軽快まで当院にて加療
連絡事項	