参考様式　１

**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】　　　　　　　　　　　　【紹介元医療機関】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　○○科　○○○先生　　　　　　　　　　　　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 | 糖尿病罹症期間　約　　　　年・か月（　　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㎡）  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）**

参考様式　２

　　年　　月　　日

【紹介先医療機関】　　　　　　　　　　　　【紹介元医療機関】

　　　　　　　　　　医院　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　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　　　　　ヵ月後に要受診  □ 病状軽快まで当院にて加療 |
| 連絡事項 |  |