

Kobe DM net (糖尿病地域連携) 診療情報提供書 (連携2回目以降)

令和 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院
糖尿病・内分泌内科

〒

先生 住所: 電話
FAX

医師名: ⑧

(フリガナ)		性別	ID:(あれば)	
患者氏名		男・女	生年月日	年齢
旧姓(フリガナ)	※登録確認に必要なため,可能な範囲で記載してください。			
紹介目的	Kobe DM net (糖尿病地域連携)での診療			
診断名	糖尿病 (<input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 妊娠)			

①主 訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現 症 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他

いつも大変お世話になり、有難うございます。

糖尿病地域連携を使用し、 引き続いての 糖代謝増悪につき その他()のため御加療をお願いいたします。

現在のHbA1cは、()%です。{()年()月現在}
(別紙検査結果 あり なし) (検査結果のコピーなどを添えていただければ幸いです)

現在の薬物療法は、前回貴院診察時と、変更ありません 変更しております。
(変更後の処方は、おくすり手帳の通り(可能な限りコピーを添付) 別紙の通り 以下の通り)です。

()

現在の問題点は、特にありません 食事療法 運動療法 その他(以下の通り)

()

です。今後とも何卒よろしくお願ひいたします。

(以下は追加希望があれば、チェックください。)

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血糖コントロール | <input type="checkbox"/> 管理栄養士による栄養相談 |
| <input type="checkbox"/> 合併症 (具体的には | <input type="checkbox"/> 動脈硬化のスクリーニング |
| <input type="checkbox"/> 持続血糖測定(CGM) | <input type="checkbox"/> フットケア |
| <input type="checkbox"/> 適切な薬剤の選定 | <input type="checkbox"/> 透析(腎不全)療養指導 |
| <input type="checkbox"/> その他(|)を追加希望いたします。 |

 FAX送信先:(078)579-1943 神戸市立医療センター西市民病院 病診連携室