

# ワンタイム糖尿病連携 診療情報提供書

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: ⑩

|          |   |     |          |    |
|----------|---|-----|----------|----|
| (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。   |     |          |    |
| 住所       | 〒   |     |          |    |
|          | TEL   | -   | -        |    |
| 紹介目的     | ワンタイム糖尿病連携(「薬物療法選択」と「栄養相談」)の依頼  |     |          |    |
| 診断名      | 2型糖尿病   |     |          |    |
| 予約希望日    | 第1( 月 日 / 曜日) 第2( 月 日 / 曜日)<br><input type="checkbox"/> 可能な限り早急 <input type="checkbox"/> いつでもOK |     |          |    |

※予約を急がれる場合は上欄太枠内をご記入のうえFAX送信(簡単FAX予約)していただき、後ほど下欄を申込日中にお知らせください。

|  |   |
|--|---|
| 簡単FAX予約済みで下欄の診療情報の追記送信の場合、チェックしてください。                        | <input type="checkbox"/> FAX予約済み  |
| 平素より大変お世話になり、有難うございます。                                       |   |
| 紹介目的: 2型糖尿病に関して、 <u>適切な薬物療法</u> の選択、および <u>栄養相談</u> をお願いします。 |   |
| 検査結果:  | HbA1c: % 血糖値: mg/dl Cペプチド: ng/ml<br>↑左記血糖値と同時測定   |
|  | 血清Cre: mg/dl 尿蛋白: <sup>↑</sup> (2+)など<br>尿中アルブミン指数: mg/g・Cr ←尿蛋白1+以下の場合に測定  |
|  | AST: U/l ALT: U/l $\gamma$ -GT: U/l<br>(別紙検査結果 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 同時にFAXをお願いします |
| 処方内容:<br>(経口薬・<br>注射剤ともに<br>記入下さい)                           | (別紙処方内容コピー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 同時にFAXをお願いします                                     |
| 以上、よろしくお願ひいたします。   |   |
| 患者さんの特徴<br>を一言で記載くだ<br>さい(趣味など)                              |   |