

# Kobe DM net (糖尿病地域連携) 診療情報提供書 (初回用)

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: ㊟

(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	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 <input type="checkbox"/> 不詳)			
予約希望日	第1( 月 日/ 曜日) 第2( 月 日/ 曜日) または、 <input type="checkbox"/> 大至急(電話連絡必要) <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
---------------------------------------	----------------------------------

いつも大変お世話になり、有難うございます。

当院に 初診 通院中 ( 年頃より) の患者さんを紹介致しますのでよろしくお願い致します。

紹介目的

糖尿病教育入院を含む入院加療

外来での診療

血糖コントロール  フットケア  
 適切な薬剤の選定  透析(腎不全)療養指導  
 合併症 ( ) の評価  妊娠糖尿病の管理  
 管理栄養士による栄養相談  持続血糖測定(CGM)  
 貴院の方針通りで  
 その他 ( )

患者概要 糖尿病発症 年頃 または 歳頃

血糖値 mg/dl HbA1c % (別紙検査結果 あり なし)

処方内容 おくすり手帳の通り 別紙の通り 以下の通り

眼科受診 未受診 通院中( )眼科 その他( )

今後の診療について

引き続き、当診療所と貴院による連携での診療(典型的な循環型パス)

今回のみの診療および検査依頼

当診療所への通院は終了とし、貴院あるいは他の医療機関での診療継続を希望

その他( )

以上、今後ともよろしくお願い致します。

その他