

# 糖尿病患者診療情報提供書

独立行政法人 国立病院機構 福山医療センター  
糖尿病内科 医師 御侍史

〒720-8520 広島県福山市沖野上町4丁目14-17  
TEL 084-922-9951 | FAX 084-922-2411

【希望する予約日】

年 月 日 火曜日 金曜日

紹介年月日 年 月 日

紹介医療機関名：

所在地：

TEL：

FAX：

医師名：

## 患者情報

・フリガナ  
・患者氏名  
・生年月日(西暦) 年 月 日生( 歳)  
・住所(〒 - )  
・Tel 自宅： (携帯電話： - - )  
・key person： (連絡先： - - )

・身長 cm、体重 kg  
・性別 男性 女性

## 紹介目的

・血糖コントロール 内服薬の調節 注射薬導入(GLP-1RA、インスリン等) 糖尿病教育入院  
・栄養相談 受けたことがある(時期 ) ない  
・糖尿病生活指導 受けたことがある(時期 ) ない  
・検査希望 頸動脈エコー 体組成計 CAVI/ABI 負荷心電図 瞬画像精査  
・その他 ( )

## 経過と家族歴

・糖尿病の診断時期 約 年前(診断時のHbA1c %、血糖値 mg/dl) 不明  
・糖尿病診断のきっかけ 検診 他疾患の治療中に指摘 口渇・多飲・多尿など高血糖症状  
・身内に糖尿病の方が いる(どなたが ) いない

## 既往歴・生活歴

・既往 ( )  
・腹部手術歴 ありなし ・腎障害指摘 あり(eGFR )なし ・認知症 ありなし  
・眼科 定期受診中(医療機関名 ) 途中中断(最終受診 年前) 未受診  
・歯科 定期受診中(医療機関名 ) 途中中断(最終受診 年前) 未受診  
・アレルギー 食物( ) 薬剤( ) なし  
・喫煙 現喫煙あり( 本/日、 年間) 過去喫煙あり( 本/日 歳～ 歳) なし  
・飲酒 あり(具体的に ) なし

治療経過(Wordなどで別紙記載したものを添付していただいても結構です)

## 社会的背景・療養上の問題など

## 現在の処方

お薬手帳の通り(直近の内容のコピー添付をお願いします)

#### 注意事項

- ・可能な限り詳細な記載をお願いします。
- ・当院で投薬調整や糖尿病指導後、基本的には紹介元に逆紹介をさせて頂いております。
- ・院外からの紹介は火曜日と金曜日に受付しております。他の曜日に関しては受付しておりませんが、高血糖緊急症(HHS、DKA)に関しては、直接ご相談ください。