

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 行

〒720-8250 福山市沖野上町 4 丁目 14-17
TEL:084-922-9951/FAX:084-922-2411

【ご希望の予約日】

(西暦) 20 年 月 日 月曜日

紹介年月日(西暦): 20 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
- ・身長 cm、体重 kg
- ・患者氏名
- ・性別 ☐ 男性 ☐ 女性
- ・生年月日(西暦) 年 月 日 (歳)
- ・住所(〒 -)
- ・TEL: 携帯電話 /自宅
- ・key person: (連絡先:)

紹介目的

- ・血糖コントロール ☐ 内服薬の調整 ☐ 注射薬導入(GLP-1 受容体作動薬,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
- ・その他 ()

経過と家族歴

- ・糖尿病診断時期 ☐ 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・多尿などの高血糖症状
- ・身内に糖尿病の方が ☐ いる(どなたが) ☐ いない

既往歴

- ・既往歴()
- ・腹部手術歴 ☐ あり ☐ なし
- ・認知症 ☐ あり ☐ なし
- ・眼科 ☐ 定期受診中(医療機関名 , 最終受診日)
- ☐ 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 , 最終受診日)
- ☐ 途中中断(最終受診 年前) ☐ 未受診

生活歴

- ・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
- ・アレルギー ☐ 食物() ☐ 薬剤() ☐ 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構いません）

現在の処方

※直近の内容のコピー添付でも構いません。用量などを含めて詳細をお願いします。

社会的背景・療養上の問題など

※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いただきます。
- ・院外からの紹介は月曜日のみの受付です。専門医の出勤日が限られておりますので
緊急性の高い状況では対応困難な場合があります。