

糖尿病性腎症重症化予防のための連携用紙
糖尿病 診療情報提供書

令和 年 月 日

〈 紹介先医療機関名 〉

〈 紹介元医療機関 〉

所在地：

名所：

電話番号：

医師氏名：

科

先生

フリガナ			性別	□ 男 □ 女	
患者氏名					
患者住所 電話番号	〒				
生年月日	□ 明 □ 大 □ 昭 □ 平 □ 令 年 月 日 (歳)				
傷病名	□ 1型糖尿病 □ 2型糖尿病 その他 ()				
紹介目的 (基準)					
□ 血糖コントロール：目標を達成できない状態 (HbA1c 8.0 %以上) が3ヶ月持続する場合 □ その他【理由：					
既往歴	□ 高血圧症 □ 脂質異常症 □ 虚血性心疾患 □ その他 ()				
家族歴	□ 有 () □ 無				
生活歴・治療内容・経過・検査結果 (現在の処方内容、半年以内の処方歴や臨時処方など)					
□ 別記 □ 糖尿病連携手帳 参照 □ お薬手帳 参照					
紹介時に把握しておくことが望ましい情報等 (データ添付可)					
身長	(cm)	空腹時血糖	(mg/dL)	Hb	(g/dl)
体重	(kg)	食後血糖	(mg/dL)	Alb	(g/dl)
BMI		HbA1c	(%)	Cr	(mg/dL)
血圧	/ (mmHg)	尿アルブミン	(mg/gCr)	eGFR	(mL/1.73m)
		尿たんぱく			
follow upに関する希望					
□ 治療およびfollow upとも紹介先に任せる □ 自院で治療およびfollow upを行う (□ 注射剤の対応可 □ 自己血糖測定に対応可) □ 紹介先と自院で連携して治療およびfollow upを行う					
備考					