

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名			
患者住所	〒		
電話番号	電話番号： ()		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)		

診断（傷病名）

 1型糖尿病 2型糖尿病 その他 ()合併症 網膜症 腎症 神経障害 歯周病 動脈硬化併存症 脂質異常症 高血圧症 肝疾患 高尿酸血症 その他 ()

逆紹介目的

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

症状・治療経過及び検査結果

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			

今後の治療方針（処方）

 貴院で処方をお願いします 当院より処方します

再診のタイミング

- 主に貴院で加療をお願いします
 糖尿病については、主に当院で加療します（次回受診予定日 年 月 日）
 下記の異常所見を認めた場合、再紹介をお願いします

備考