

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	電話番号：（ ）		
生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 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