

【静岡市糖尿病連携パス 診療情報提供書】(開始)

紹介先医療機関

年 月 日

紹介元医療機関

420-8527
静岡市葵区北安東4-27-1
静岡県立総合病院 糖尿病内分泌内科

先生 侍史

医師名

ふりがな			☐ 男	次回予約日(病院/専門医)	
患者氏名			☐ 女	年 月 日	
生年月日	年 月 日	電話	ID番号		
診断名	☐ 糖尿病(☐ 1型 ・ ☐ 2型 ・ ☐ その他 ☐ 不明)(罹病期間 年 ☐ 不明)				
既往歴	☐ 1. 高血圧		☐ 2. 脂質異常症		☐ 3. 肥満症
	☐ 4. 心筋梗塞・狭心症		☐ 5. 心不全		☐ 6. 脳梗塞
	☐ 7. その他()				
家族歴	☐ 無 ☐ 有(☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父母 ☐ 兄弟・姉妹 ☐ 従兄弟 ☐ その他)				
アレルギー歴	☐ 無 ☐ 有()				
当院の受診間隔	☐ 6ヶ月フォロー ☐ 1年フォロー ☐ ()ヶ月or()年フォロー ☐ 随時				
当院からの 依頼事項	☐ ヶ月毎にHbA1cを測定して下さい ☐ ヶ月毎に尿中微量アルブミンを測定して下さい ☐ HbA1cが %を超えた場合は、当院を受診させて下さい ☐ 体重が Kg以上増加もしくは減少した場合は、当院に受診させて下さい ☐ 6ヶ月 or 1年に1回、眼科を受診するようにお勧めください				
その他のお願い・ 連絡	☐ 禁煙指導をお願いします ☐ (kg)減量するように指導しています ☐ 車の運転を控えるように伝えています ☐ 1日 分程度散歩するように指導しています ☐ 定期的に歯科受診するように勧めています		ワクチン接種: 肺炎球菌(☐ 接種済、 ☐ 未接種、 ☐ 不明) 带状疱疹(☐ 接種済、 ☐ 未接種、 ☐ 不明)		
実施済の検査	☐ 1. 腹部エコー		☐ 2. 頸動脈エコー		☐ 3. ABI・baPWV
	☐ 4. 骨密度測定		☐ 5. 体組成		☐ 6. 心エコー、胸腹CT
	☐ 6. その他()				
自由記載欄					

* 病院受診当日は「お薬手帳」「糖尿病連携手帳」を持参するようお願いください。
* 検査データはコピーを患者さんにお渡しください。診療情報提供書の原本は患者さんにお渡しください。