

【静岡市糖尿病連携パス 診療情報提供書】(返信)

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		
患者住所	〒	家族歴 既往歴	職業		
現在の病状	☐ 安定 ☐ 合併症進行(腎・網膜・神経・大血管) ☐ 血糖値安定に更なる調整が必要				
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				
今回実施した 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
今回実施した 糖尿病支援	☐ 1. 栄養相談 (Kcal)		☐ 2. 療養への助言		☐ 3. フットケア
	☐ 4. その他 ()				
今回の処方	☐ 変更なしです。現行のままでお願いします。 ☐ 薬を追加しました() ☐ 薬を減量・削除しました() ☐ ()を処方追加して下さい ☐ お薬手帳をご参照ください				
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、当院を受診するように勧めて下さい ☐ 6ヶ月 or 1年に1回、眼科を受診するように勧めてください				
その他のお願い・ 連絡	☐ 禁煙の説明をお願いします ☐ (kg)減量するように説明しています ☐ 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説明しています ☐ 定期的に歯科受診するように勧めています ☐ クチン接種:肺炎球菌(☐ 接種済、 ☐ 未接種、 ☐ 不明) 帯状疱疹(☐ 接種済、 ☐ 未接種、 ☐ 不明)		(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。