

診療情報提供書(糖尿病患者紹介用)【初回】

年 月 日

谷津保健病院
糖尿病内科 宛

紹介元
医療機関名:

医師名: 印

住所:

電話番号:

FAX番号:

患者氏名: 様		性別: 男・女	
住所:			
生年月日 : T・S・H・R		年 月 日	
病名 糖尿病 (1型 ・ 2型)			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良	<input type="checkbox"/> 合併症精査・治療	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病教育入院	<input type="checkbox"/> 治療方針相談	
	<input type="checkbox"/> 外来インスリン等注射導入	<input type="checkbox"/> その他 ()	
糖尿病連携パス使用			
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 専門医の判断に一任			
病状経過及び検査・治療内容			
<input type="checkbox"/> 処方内容: お薬手帳又は別紙添付 <input type="checkbox"/> 検査: 別紙添付			
逆紹介について			
①病状が安定した場合の治療	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
②インスリン療法の管理・指導	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
③自己血糖測定指導	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
採用している自己血糖測定器()			