

## 診療情報提供書 兼 診療依頼書(糖尿病地域連携パス)

紹介先医療機関名

紹介元医療機関

所在地

科

名称

先生 侍史

電話番号

医師氏名

印

フリガナ		性別	
患者氏名			
患者住所		電話	
生年月日	( 歳)		

## 【傷病名】

【紹介目的】 血糖コントロール 教育入院 インスリン導入/切替 合併症評価  
その他( )

【病状経過】 別記あり 眼底:網膜症 有(単純、前増殖、増殖)、無、不明

検査データを添付いただいても結構です

【特記事項】 間食 清涼飲料(スポーツドリンク含む) アルコール飲料 食生活の乱れ 運動不足  
膝・腰の疼痛 服薬忘れ 単身生活 心理的問題 家族の非協力 長時間勤務 夜勤・交替勤務  
喫煙歴あり 現在も喫煙習慣 キーパーソン( 続柄 )

【現在の処方】 処方箋コピー添付いただいても結構です

【禁忌・副作用】

【今までの無効薬】

本件について逆紹介を

- 希望する  
 希望しない

【紹介元医療機関情報】

- 自己血糖測定器貸出不可  
 使用希望自己測定器( )  
 インスリン治療対応不可  
 使用内服薬限定あり( )

 退院後連携不要