

糖尿病診療情報提供書【かかりつけ医宛】

平成 年 月 日

医療機関名

担当医

科

先生

医療機関住所  
医療機関名称  
電話番号  
医師 氏名

印

患者	氏名					
	住所					
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 ( 才 )	男・女

病 型	1型糖尿病・2型糖尿病・その他 ( )				
合併症の状態	腎 症 :	なし	・	あり (2期・3期A・3期B・4期・透析)	
	網膜症 :	なし	・	あり (単純・前増殖・増殖)	
	神経障害 :	なし	・	あり (末梢神経・自律神経・その他)	
	動脈硬化性疾患 :	なし	・	あり (脳・心・末梢・その他)	
	足病変 :	なし	・	あり ( )	

当面の治療目標	HbA1c %	空腹時血糖 mg/dl	食後血糖 mg/dl
	その他の指標 ( )		
食事指示	エネルギー : kcal	蛋白制限 : 不要・要 ( g/日)	
	塩分制限 : 不要・要 ( g/日)		
今後の方針	当科受診 : ヶ月毎 (次回 年 月 日)		
	眼科受診 : ヶ月毎 (次回 年 月 日)		
	その他 :		
経 過			
処 方			
注意点など			