

糖尿病診療情報提供書【専門医宛】

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				身長	cm	体重	kg	BMI=
	住所								
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(	才)	男・女	
紹介目的:									

既往歴: 家族歴:					
糖尿病歴:	罹患期間	約	年	不詳	
	検査日				
	血糖 (食前・食後 時間)				
	HbA1c又はGA(グリコアルブミン) %				
現在の治療	食事療法単独 ・ 経口血糖降下剤 ・ インスリン療法 ・ ( )				

\* 上記太枠内の項目は必ずご記入ください

【追加記入項目】

病型:	(	1型	・	2型	・	その他	・	不明	)		
尿蛋白:	(	-	±	+	++以上	)	尿ケトン体:	(	-	+	)
併発症・合併症が認められる場合、○をしてください											
1. 神経障害                      2. 網膜症                      3. 高血圧症                      4. 高脂血症											
5. その他: ( )											
現在の処方について:											
症状経過・治療経過など:											
備考:											