

診療情報提供書 (I) ・ (II)

令和 年 月 日

依頼先

依頼元 医療機関

所在地・TEL

医師 先生 医師

患者	氏名	患者 I D	生年	大・昭	年	月	日	性別	男・女
		様	月日	平・令					
	住所	〒						職業	

目的 その他添付書類: あり なし 糖尿病手帳 糖尿病眼手帳 日本糖尿病協会

主訴

病型・病態

家族歴 糖尿病の家族歴 父 母 兄弟 姉妹 父方祖父母 母方祖父母
既往歴 その他 薬物アレルギー あり: _____ なし)

現病歴と経過

※基本データ※

体重: Kg 身長: cm BMI: Kg/m² 腹囲: cm 血圧: / mmHg 脈拍: /min

栄養指導: kcal/日 運動指導:

生活指導上留意点:

※合併症※

眼底: 腎症: 神経症:

動脈硬化:

足病変: その他:

※検査データ※

HbA1C: % 空腹時血糖: mg/dl 食後血糖値: mg/dl Tchol:

LDL: TG: GOT: GPT:

γGTP: BUN: Cre:

※処方内容※

糖尿病内服薬:

その他内服薬:

インスリン:

インスリンデバイス: インスリン針:

血糖測定器: センサーチップ: 穿刺針: