

診療情報提供書（糖尿病専用）

令和 年 月 日

愛知医科大学病院

受診希望科 糖尿病内科/糖尿病センター

先生

受診希望日① 令和 年 月 日 ()

受診希望日② 令和 年 月 日 ()

医療機関名

所在地

医師名

TEL () -

FAX () -

印

希望日なし 愛知医科大学病院の受診歴（有・無・不明）（愛知医大 ID: ）

フリガナ		性別		明・大・昭・平・令 年 月 日
患者氏名	様	男・女	生年月日	(歳)
住所	〒	TEL	() -	
保険情報 <small>保険証のコピーを FAXしていただ いても結構です</small>	保険者番号		子・障・母 前高・後高(割) <input type="checkbox"/>	
	記号・番号		公費負担者番号	
	続柄	本人・家族	公費受給者番号	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 糖尿病教育入院（3日間コース）水曜日入院・金曜日退院（外来受診は不要です） <input type="checkbox"/> フォローアップ・コンサルト外来（内服インスリンなどの調節と提案のみを行います） <input type="checkbox"/> 血糖コントロール（ <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 外来）⇒ 一度、外来受診が必要となります			
傷病名 (主訴)	<input type="checkbox"/> 糖尿病（1型・2型・その他） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
既往歴	薬物アレルギー（有・無）			
病状経過 治療経過 検査結果 現在の処方	1. 糖尿病罹患期間 年 身長 cm 体重 kg 2. 糖尿病治療法 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬（ ） <input type="checkbox"/> インスリン療法（ ） 3. <血糖コントロール> ※過去の資料がある場合は、一緒に FAX をお願いします。 血糖値（空腹時 mg/dℓ 食後 時間 mg/dℓ HbA1c %） 4. <合併症> 神経障害（無・有）， 網膜症（無・単純・増殖前・増殖・光凝固術後） 腎症（無・早期・顕性・腎不全・透析療法）， 脳梗塞・脳出血， 心筋梗塞・狭心症・ASO・壊疽・高血圧症・脂質異常症 5. <治療経過>			

※糖尿病教育入院の治療は、最低限となります。退院後は引き続き貴院でフォローをお願いします。
 ※血糖コントロール入院の場合は、以下にチェックをお願いいたします。

【治療または退院後の希望】

貴院での通院加療 愛知医大での通院加療 患者の希望を優先 その他（ ）

【インスリン療法が必要な場合でも貴院でフォローしていただけますか】

はい（貴院に置いてあるインスリン名： ） いいえ

【自己血糖測定を開始した場合でも貴院でフォローしていただけますか】

はい（貴院に置いてある自己血糖測定器： ） いいえ

愛知医科大学病院 地域医療連携室 TEL (0561)65-0221 (直通) FAX (0561)65-0225

<事前紹介受付時間> 平日：8：30～19：00 土曜：9：00～12：00