**参考様式２**

糖尿病治療も行っているかかりつけ医から専門医療機関へ紹介する際に使用

診療情報提供書（かかりつけ医→専門医療機関）

依頼先　　　　　病院　　　科　　　先生　御侍史

住所

医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名

電話

※以下について、わかる範囲でご記入下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | T･S･H　　年　　月　　日（　　　　歳） | 職業 |  |
| 住所 | 電話：　　－　　　－ | | |
| 病名 | □１型糖尿病　　□２型糖尿病 　　□その他の糖尿病（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 既往歴・家族歴 |  | | |
| 紹介目的 | □初期治療及び教育　□インスリン導入　□血糖コントロール  □合併症精査　　 □合併症治療　　 □急性合併（　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 経過概要  （症状・治療） | □初診日：　　年　　月　　日 　□発症時期（推定/確定）：　　年　 月  □経口薬開始：　　年　　月　　日　 □インスリン開始：　　年　　月  □腎機能低下：無 ・ 有　　　　　　 □糖尿病性腎症： 無 ・ 有　→（ステージ　　　）  □末梢神経障害： 無 ・ 有　　　　 □網膜症：無 ・ 有→（単純・前増殖・増殖）  □他科最終受診：無・　有 →□腎専門医：　　年　　月  □眼科：　　年　　月  　　　　　　　　　　　　　 □その他：　　年　　月 | | |
| 現治療状況 |  | | |
| 検査結果  （添付可） |  | | |
| 特記事項 | □逆紹介希望（ 有・無 ） | | |