地域連携診療情報提供書（糖尿病連携用）

紹介先医療機関名　　平成　　年　　月　　日

安曇野赤十字　病院　　紹介元医療機関

内科　　所 在 地

初診　担当医　先生　　名　　称

電話番号

医師氏名

患 者 氏 名　　性　　別　（ 男 ・ 女 ）

患者住所　　電　　話

生年月日　（ 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ）　年　月　日生（　歳）

1.病名　糖尿病　合併症（ ☐ 腎症 ☐ 網膜症 ☐ 神経障害 ）

併存症

2.紹介目的

☐ 地域連携パス ☐ 血糖コントロール ☐ 糖尿病教室 ☐ インスリン導入

☐ 血糖コントロール入院 ☐ 教育入院

合併症検査 ☐ ＡＢＩ ☐ 頸動脈エコー ☐ 神経伝達速度 ☐ 心電図 ☐ その他 (　　)

☐ 栄養指導　指示カロリー　　Kcal　蛋白制限（必要な場合のみ）　　g

（※未記入時はこちらで設定いたします）　塩分制限（必要な場合のみ）　　g

☐ 療養指導（毎週水曜日 PM）　☐ フットケア（毎週火曜日 PM）

☐ その他 (　　)

3.コメント記入欄

☐ 糖尿病地域連携パスポート参照

HbA1c　　％（H　年　月　日）

4.現在の処方

☐ お薬手帳参照

5.希望日時　平成　年　月　日　時頃

※調整の上患者様に御連絡いたします。御連絡のとれる電話番号を御記入ください。

安曇野赤十字病院　FAX72-9349