診療情報提供書【糖尿病患者紹介用】

平成　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿病院
糖尿病担当外来
担当医　　宛

紹介元
医療機関名：
医師名：
TEL：　　ー

患者氏名：　　性別：（男・女）
患者住所：
生年月日：（大正・昭和・平成）　　年　月　日（　　歳）

病名	糖尿病
紹介目的	□血糖コントロール不良　□合併症精査加療 □糖尿病教育入院　□栄養指導 □夜間糖尿病教室　□その他（　　） □外来インスリン導入

糖尿病連携パス使用
□希望する　□希望しない　□専門医の判断に一任

最近の経過（検査値・合併症の状況など）

治療内容

逆紹介に際して　＊紹介元医療機関の情報
①症状が安定した場合には治療が可能　（はい・いいえ）
②インスリン療法が必要な場合でも治療が可能　（はい・いいえ）
③自己血糖測定を開始した場合でも治療が可能（はい・いいえ）
採用している自己血糖測定器（　　）