

みなとDM連携 診療情報提供書

(提出用)

病院
糖尿病・代謝・内分泌内科

年 月 日

担当医

先生
ご机下

所在地
医療機関名
医師名
電話番号
FAX

印

受診第1希望日 月 日 時台

受診第2希望日 月 日 時台

ふりがな 患者氏名	殿	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者住所	電話番号() -			
患者職業その他				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来受診(インスリン導入) <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 合併症検査 <input type="checkbox"/> その他			
主訴または病名	糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 合併症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 冠血管疾患 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> その他)			
現病歴 治療経過 検査所見など	身長 cm 体重 kg 糖尿病発症時期: 歳頃 (昭和・平成 年頃) 治療開始時期: 歳頃 (昭和・平成 年頃) 眼科受診: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (昭和・平成 年頃) 現在のコントロール状況(年 月 日採血) 空腹時血糖: _____mg/dl HbA1c: _____% 随時血糖: _____mg/dl(食後 時間) 75gOGTT (年 月 日実施) 空腹時 30分 60分 120分 血糖値 インスリン値			
糖尿病治療薬 の処方内容 ○で囲って ください	アクトス mg/日 メルビン mg/日 ベイスン mg/日 グルコバイ mg/日 セイブルmg/日 × グルファスト mg/日 スターシス(ファスティック) mg/日 × アマリール mg/日 グリミクロン mg/日 × ダオニール(オイグルコン) mg/日 × インスリン製剤()			
その他併用薬				
その他				

症状が安定した場合に当院にて加療をいたします。(はい・いいえ)

	保険者番号	
公費負担番号	被保険者証の	
公費負担医療番号	記号番号	
	被保険者氏名	本人・家族

プライマリーセット

ご依頼の項目にチェックをお願いします

医院名

患者様名

- 血糖の再検(75gOGTT もしくは 空腹時血糖)
- グリコアルブミン測定
- C-ペプチド測定 (インスリン使用の方のみ)
- インスリン分泌機能(HOMA-β)
- インスリン抵抗性測定(HOMA-IR)

- 眼底検査
- 微量アルブミン
- ECG
- PWV/ABI
- 頸部エコー(IMT)

DM²:Diabetes Mellitus Disease Managementをベースとしています

合併症検査セット

ご依頼の項目にチェックをお願いします

医院名

患者様名

- 眼底検査
- 微量アルブミン測定
- 呼吸性心拍変動 ECG -CVR-R
- 神経伝導速度
- PWV/ABI

- 頸部エコー(IMT)
- 頭部CT 頭部MRI 頭部MRA
- 負荷心電図(事前に心エコー評価が必要になることがあります)
- 心エコー

- 腹部エコー 腹部CT 腹部MRI
- 上部内視鏡 下部内視鏡
- その他()

DM²:Diabetes Mellitus Disease Managementをベースとしています