

〒651-1321
神戸市北区有野台8丁目4番1

平成 年 月 日

神戸アドベンチスト病院

糖尿病・内分泌内科 担当医 先生 御侍史

FAX (078)
981-7986

〒 -

電話() -
FAX () -

㊞

(フリガナ)		性別	ID:
患者氏名			生年月日 年齢
紹介目的 /報告事項	糖尿病地域連携		
診断名	糖尿病 (<input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 妊娠)		
①主訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現症 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他			
<p>いつも大変お世話になり、有難うございます。</p> <p>糖尿病地域連携を使用し、 <input type="checkbox"/>引き続いての <input type="checkbox"/>糖代謝増悪につき <input type="checkbox"/>その他()のため御加療をお願いいたします。</p> <p>現在のHbA1cは、()%です。{()年()月現在} (別紙検査結果 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし) (検査結果のコピーなどを添えていただければ幸いです)</p> <p>現在の薬物療法は、前回貴院診察時と、<input type="checkbox"/>変更ありません <input type="checkbox"/>変更しております。 (変更後の処方は、<input type="checkbox"/>おくすり手帳の通り(可能な限りコピーを添付) <input type="checkbox"/>別紙の通り <input type="checkbox"/>以下の通り)です。</p> <p>[]</p> <p>です。今後とも何卒よろしくお願いたします。</p> <p>(以下は追加希望があれば、チェックください。)</p> <p><input type="checkbox"/>血糖コントロール <input type="checkbox"/>合併症の評価(具体的には) <input type="checkbox"/>持続血糖測定(CGM)</p> <p><input type="checkbox"/>適切な薬剤の選定 <input type="checkbox"/>管理栄養士による栄養相談 <input type="checkbox"/>動脈硬化のスクリーニング</p>			