

Kobe DM net (糖尿病地域連携バス) 診療情報提供書 (初回用)
平成26年5月10日

病院名をご選択ください。

糖尿病内科 担当医 先生 御侍史

〒0000-0000
神戸市〇〇区〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇診療所
電話(078)-0000-0000
FAX(078)-0000-0000
医師名: 〇〇 〇〇

フリガナ	性別	ID:(あれば)
患者氏名	男・女	生年月日 年齢
住所	〒 JBL - -	
紹介目的	Kobe DM net (糖尿病地域連携バス)での診療	
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 <input type="checkbox"/> 不詳)	

いつも大変お世話になり 有難うございます。
当院に 初診 通院中 (年頃より) の患者さんを紹介致しますのでよろしくお願ひします。
紹介目的
 糖尿病教育入院を含む入院加療
 外来での診療
 血糖コントロール フットケア
 適切な薬剤の選定 透析(腎不全)療養指導
 合併症 () の評価 妊娠糖尿病の管理
 管理栄養士による栄養相談 持続血糖測定 (CGM)
 食院の方針通りで
 その他 ()

患者概要 糖尿病発症 年頃または 歳頃
血糖値 mg/dl HbA1c % (別紙検査結果 あり なし)
処方内容 おくすり手帳の通り 別紙の通り 以下の通り
眼科受診 未受診 通院中 () 眼科 その他 ()

今後の診療に ついて
 引き続き、当診療所と食院による連携バスでの診療(典型的な循環型バス)
 今回のみの診療および検査依頼
 当診療所への通院は終了とし、食院あるいは他の医療機関での診療継続を希望
 その他 ()

以上、今後ともよろしくお願ひいたします。
その他

予約希望日 第1(月 日/ 曜日) 第2(月 日/ 曜日)
または、大至急(電話連絡必要) 可能な限り早急 いつでもOK

日付は自動更新されます。

年齢(自動計算):生年月日を入力すると現在の年齢が自動計算されます。

生年月日(入力例):
昭和10年1月1日
1935年1月1日
S1011
1935/1/1

改行するときは:
Alt+Enterキーです。

紹介目的に関しては、いくつ選択いただいても構いませんが、病院ごとに対応できる項目に制限がありますので、必ず別紙「病院対応リスト」をご参照ください。また、保険適応などの問題により、ご希望にそえない場合もございます。

可能な限り、糖代謝に関するデータを含む検査結果のコピーを添付してください。

認知症などにより「おくすり手帳」の持参が困難であれば、必ず処方箋のコピーなどを添付してください。

糖尿病診療に眼科診察は不可欠です。ご紹介時に、受診を促していただき、またその後の「かかりつけ眼科への定期受診」をお勧めください。なお受け入れ基幹病院が「眼科診察困難」である場合もありますので、ご注意ください。

今後の方向性について、バス受け入れ基幹病院での診療後、どのような形式での連携を希望されるか、選択してください。なお、病態によりご希望に沿えないこともありますのでご了承ください。

予約方法に関しては、受け入れ基幹病院ごとに異なりますので、御相談ください。なお、「大至急」(当日を含めて2日以内を目安)の紹介を希望される場合は、必ず電話連絡などにより受け入れ病院に直接確認をしていただくようお願いいたします。

