

診療情報提供書

年 月 日

NTT東日本関東病院 糖尿病・内分泌内科
 電話03-3448-6332(糖尿病・内分泌内科 外来受付)

担当医 先生 所在地
 医療機関名
 医師名 印
 電話番号
 入院希望 (有・無) **緊急**

患者氏名	殿	生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)	男・女
住所				
電話番号	職業:			
紹介目的	外来教室 栄養指導 教育入院 定期受診 血糖コントロール(インスリン導入/切替) 合併症検査			
病名(主訴) 及び 既往症(家族歴)	糖尿病, 薬剤アレルギー(有・無) 嗜好			
現病歴 治療経過 検査所見など	糖尿病診断時期: 歳頃(昭和・平成 年頃) 身長 cm 体重 kg 貴院での診療開始時期: 年 月 日 その後の治療経過の概要 現在の治療方針: 糖尿病食 キロカロリー, 薬物療法(有・無) 現在のコントロール状況(年 月 日採血) 空腹時血糖: _____mg/dl HbA1c: _____% (食後) _____時間血糖: _____mg/dl その他の検査結果 TC TG HDL-C 降圧剤 あり() なし 高脂血症薬 あり() なし			
で困って ください	現在の 糖尿病治療薬 の処方内容 で困って ください ベイスン mg/日 グルコバイ mg/日 × メルピン 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 × グルファスト mg/日 スターシス(ファスティック) mg/日 × アクトス mg/日 × インスリン製剤()			
その他の 治療薬				
御要望事項				

症状が安定した場合に貴院での加療をお願いします。(はい・いいえ)