

糖尿病入院(教育・血糖管理)専用紹介状
徳島赤十字病院 FAX:0120-308-739(病診連携直通)

徳島赤十字病院

医療機関名

糖尿病・内分泌内科

住 所

近藤 剛史、和田 あゆみ 行

T E L

TEL : 0885-32-2555 (内線 : 2236)

F A X

(申込日) 年 月 日

医師氏名

| | | | | | |
|------------------------------------|--|-----|---------|------|-----|
| (フリガナ) 患者氏名 | | | | 性別 | 男・女 |
| 現住所 | 〒 | | | 身長 | 体重 |
| | | | | cm | kg |
| 電話番号 | 自宅 : | | 携帯 : | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 (歳) | 職業 : | |
| 紹介目的 | 下記診断目的にて、精査及び御加療をお願いいたします。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 教育入院 (対象:糖尿病教育入院プログラムに参加したい患者様) ※患者様と希望日を相談のうえ、入院日を決定後、FAXにて紹介元へご案内。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 血糖管理入院 (対象:血糖管理をしてほしい患者様) ※ HbA1cが7~8%程度でも可 希望日① (月 日) ② (月 日) ③ (月 日) ※上記希望日で調整のうえ、患者様と入院日を決定後、FAXにて紹介元へご案内。 | | | | |
| 傷病名 | 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 食事療法のみ <input type="checkbox"/> 経口剤のみ <input type="checkbox"/> インスリン治療中) <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝障害 () <input type="checkbox"/> 腎障害 () <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 既往歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | |
| 家族歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | |
| 症状経過 | 糖尿病 発症年齢 (歳) 罹病歴 (年) <input type="checkbox"/> 不明 眼科治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (網膜症の程度:) | | | | |
| 検査結果 | 血糖値 : () mg/dL 測定日 (年 月 日 食前・食後) <input type="checkbox"/> 不明 HbA1c値 : () % 測定日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明 尿ケトン体 : <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 判定日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明 | | | | |
| 治療経過 | | | | | |
| 現在の処方 インスリン 投与状況 | <input type="checkbox"/> 処方なし | 朝 | 昼 | 夕 | 夜 |
| | <input type="checkbox"/> 別紙参照 | 薬剤名 | 薬剤名 | 薬剤名 | 薬剤名 |
| | <input type="checkbox"/> インスリン 無 | 単位 | 単位 | 単位 | 単位 |
| <input type="checkbox"/> インスリン 有 ⇒ | 薬剤名 | 薬剤名 | 薬剤名 | 薬剤名 | |
| | 単位 | 単位 | 単位 | 単位 | |
| 血糖管理後 | <input type="checkbox"/> 紹介元へ戻してほしい <input type="checkbox"/> 当面は徳島赤十字病院にお任せしたい <input type="checkbox"/> すべてお任せしたい <input type="checkbox"/> インスリン投与中はお願いしたい <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 備考 | 個室希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (室内トイレ 有・無) | | | | |