

診 療 情 報 提 供 書

(提出用)

湘南鎌倉総合病院糖尿病内分泌内科
電話0467-46-1717

年 月 日

担当医 _____ 先生

所在地
医療機関名

医師名 印

入院希望 (有・無)

電話番号
FAX

受診希望日 月 日

ふりがな		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者名	殿			
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			
住所	〒			
電話番号	職業:			
病名(主訴) 及び 既往症(家族歴)	糖尿病, 薬剤アレルギー(なし あり) アルコール (なし あり) タバコ(なし あり)			
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 貴院でのフォロー開始時期: 年 月 日 その後の治療経過の概要			
で困って ください	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			
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 合併症治療薬 および ご要望				