

専門医からかかりつけ医への診療情報提供書

年 月 日

<紹介先医療機関>

病院・医院

<紹介元医療機関>

科

先生 御侍史

病院

医師名

印

Tel

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	電話番号		
健康保険証	記号	番号	
診 断 名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 糖尿病合併症(網膜症・腎症・神経障害) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患() <input type="checkbox"/> その他()		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 治療の継続 <input type="checkbox"/> その他()		
経 過	※検査データ・指導報告書等添付資料 <input type="checkbox"/> あり		
治療内容	食事療法： 糖尿病()単位食・()kcal その他() 運動療法： <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり() 薬物療法		
連絡事項	<input type="checkbox"/> 次回、当院受診()ヶ月後要 <input type="checkbox"/> その他()		