

令和 年 月 日

<紹介先医療機関>

〇〇医療機関  
 〇〇担当医 様

<紹介元医療機関>

□□医療機関  
 所在地  
 □□担当医 印

ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日生 ( 歳)	性別	男・女
住所	電話番号		職業	
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ( <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 ) <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 ( 病期分類 第 期 )			
合併症 既往	<input type="checkbox"/> 腎症以外の糖尿病合併症 ( <input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 ) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心血管系疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> その他の合併症・既往 <input type="checkbox"/> 不明			
紹介目的				
糖尿病の 症状経過 及び 検査結果	罹病期間 約 年 ・ <input type="checkbox"/> 不詳 <最近の検査結果 年 月 日 > ・身長 ( cm) ・体重 ( Kg) ・血糖値 mg/dl <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 (食後 時間) ・HbA1c ( %) ・eGFR ( ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) ・アルブミン尿 ( mg/gCr)			
現在の 治療内容	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 内服 (製剤名 ) <input type="checkbox"/> インスリン (製剤名 単位 : ) (製剤名 単位 : ) <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> その他内服薬 [ ]			
備考				

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
 2. 必要がある場合は、検査の記録を添付すること。