申込日：　　　　　年　　　月　　　日

【紹介元医療機関】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 医師名 |  |
| 電話番号 |  | FAX |  |

【紹介患者情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 　年　　　　月　　　　日生　　　　　（年齢　　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　―　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |
| 当院受診歴 | □　有　　□　無　　□不明　（有の場合　ID：　　　　　　　　　） |
| 受診希望日 | 【第1希望日】　　　月　　日（　　）午前・午後 |
| 【第2希望日】　　　月　　日（　　）午前・午後 |

|  |  |
| --- | --- |
| 病名 | 糖尿病の病型（□1型　□2型　□その他（　　　　　　））糖尿病歴　　　年　合併症（分かれば）□腎症　　（□１期　□2期　□3期　□4期　□5期）　　□網膜症　（□無　□単純　□前増殖　□増殖）　　　□神経障害（□無　□有）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）□高血圧症　□脂質異常症　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴 |  |
| 病状および治療経過 |  |
| 現在の糖尿病治療内容 | □食事運動療法のみ□経口血糖降下薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ）□GLP-1作動薬 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ）　□インスリン （ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ） |
| 直近の身体・血液検査データ | 身長 cm | 体重 kg | 血圧 mmHg |
| HbA1c % | 血糖 mg/dL | T-CHO mg/dL |
| TG　　　　　mg/dL | LDL-C mg/dL | HDL-C mg/dL |
| UN 　 　　 mg/dL | Cre 　　mg/dL | Alb g/dL |

※病状および治療経過、現在の処方、身体・血液検査データについては添付資料でも構いません。