**糖尿病連携パス用　診療情報提供書**

**かかりつけ医⇔陶生病院専門外来（糖尿病・腎臓・循環器）・眼科・歯科紹介用**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介年月日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 【かかりつけ医】 | | | | | | | | | | 紹介 | | | 公立陶生病院 | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | 担当科　内分泌代謝内科 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | |
| 医師氏名 | | | | | | | | | | 担当医師 | | | | | | | | |
| カルテ№ | | | | | | | | | | カルテ№ | | | | | | | | |
| 患者氏名 | フリガナ | | | | | | | | | 男　　女 | | | 年　　　　　　月　　　　　　日生（　　　　　　）歳 | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | |
| 患者住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |
| 診断名 | 糖尿病　　　　　1型　　　　　2型　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合併症  ※糖尿病連携手帳あれば不要 | 糖尿病網膜症 | | | 不明　・　無　・　有（　　　　　　　　　） | | | | | | | 糖尿病神経障害 | | | | | 不明　・　無　・　有（　　　　　　　　　） | | | | | |
| 糖尿病腎症 | | | 不明　・　無　・　有（　　　　　　　　　） | | | | | | | 足病変 | | | | | 不明　・　無　・　有（　　　　　　　　　） | | | | | |
| 大血管症 | | | 不明　・　無　・　有（　　　　　　　　　） | | | | | | | 歯周病 | | | | | 不明　・　無　・　有（　　　　　　　　　） | | | | | |
| その他 | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| 検査所見  ※別紙、糖尿病連携手帳あれば不要 | 検査日 | | | | /　　　/　　　/ | | | | /　　　/　　　/ | | | /　　　/　　　/ | | | | | /　　　/　　　/ | | | /　　　/　　　/ | |
| 血糖値（空腹・食後） | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | |
| HbA1c％ | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | |
| TC | ㎎/dl | | | | LDL－C | | ㎎/d | | | | HDL-C | | ㎎/d | | | | TG | | | ㎎/d |
| 血清 | Cr㎎/d | | | | eGFR | | ml/min/1.73㎡ | | | | 尿蛋白 | | (　　　　　　　　) | | | | 尿蛋白（定量） | | | g/gCr |
| 尿中アルブミン | | | | | | mg/gCr | | | | | その他 | | | | | | |  | | |
| 方針 | パス　　　　　　　　　　　□　新規パス導入　　　　□　パス継続　　　　　　□　パス終了 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院加療　　　　 　　　　　□　必要　　　　　　　　　　□　不要　　　　　　　　□　専門医の判断に一任 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **糖尿病　紹介目的・相談事項** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 糖尿病専門医 | 紹介目的・  相談事項等 | | □　血糖コントロール　　　□　インスリン導入　　　□　治療方針のアドバイス　　　□　合併症検査 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　栄養指導　　　　□　透析予防指導　　　□　フットケア指導　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 各科診察、検査希望　　　　　　　　　□　個別で依頼（下記にもチェック）　　　　　　　　　　　□　専門医の判断に一任 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **各科受診、検査　　紹介目的・相談事項** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腎臓専門医 | 紹介目的・  相談事項等 | | □ 糖尿病以外の腎症精査　　　□ 腎代替療法の相談　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 循環器専門医 | 紹介目的・  相談事項等 | | □ 狭心症・心不全精査　　　　　　□ 不整脈評価　　　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼科医 | 紹介目的・  相談事項等 | | □ 眼科合併症検査・治療依頼　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯科医 | 紹介目的・  相談事項等 | | □ 歯周病の疑い　　　　　　　　　□ 口腔内精査依頼　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他検査 | 紹介目的・  相談事項等 | | □ 頚動脈エコー　　　□ 脳MRI/MRA　　　　□ ABI/PWV　　　　　□ 心エコー | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 骨塩定量（DXA検査）　　　　　　□ 簡易PSG　　　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療経過・連絡事項等 | | | かかりつけ医での治療経過・現在の処方・相談事項等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |