

診療情報提供書(糖尿病合併症外来依頼票)

平成 年 月 日

八尾総合病院 糖尿病合併症外来担当医 殿

医療機関名

所在地

電話

医師名 _____ 印

実施希望日 第1希望 平成 年 月 日

第2希望 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	歳
身長	cm	体重	kg	血压	/	mmHg	
診断名および合併症							
治療	運動療法	可・不可					
	経口糖尿薬	無・有 ()					
	インスリン	無・有 ()					
臨床検査値 (別紙も可)	血糖(前・後)	mg/dl	LDL-CHO	mg/dl			
	HbA1c	%	GOT	IU/l			
	T-CHO	mg/dl	GPT	IU/l			
	TG	mg/dl	γ-GTP	IU/l			
	HDL-CHO	mg/dl	Hb	g/dl			
実施項目 (不要項目あれば二重 線で末梢)	眼科	頸動脈超音波検査					
	歯科口腔外科	神経伝導速度					
	栄養指導、糖尿病食試食	フットケア					
指示内容等 (食事指示単位など)							

医療法人社団藤聖会 八尾総合病院 地域医療連携室

電話:076-454-3299 FAX:076-454-3262 E-mail: renkei@yatsuo.or.jp