

【静岡市糖尿病連携パス 診療情報提供書】(初回用)

紹介先医療機関

静岡〇〇総合病院

20 × × 年 × 月 × 日

内分泌代謝 科 静岡太郎 先生侍史

紹介元医療機関 静岡内科クリニック

[受診希望日] 5 月 20 日 (水)

住所 葵区東草深町3-27
電話番号 245-6136

医師名 駿河 葵

①

[紹介目的・依頼の内容]

- 連携診療(数ヶ月に1回貴院にも受診)の希望
 今後の医療を貴院に依頼したい
 医療をしばらく貴院に任せ、安定後もどし紹介希望
 合併症の精査 検査/支援入院希望
 治療の見直し・助言 フットケア
 栄養指導 療養指導
 その他 ()

[希望する検査]

- 腹部エコー ABI・baPWV
 頸動脈エコー 体組成
 心エコー 骨密度測定
 その他 ()
[紹介元医療機関の連携強化診療情報提供料に関する要件]
 1. 該当する 2. 該当しない

患者	ふりがな	くさぶか はなこ	様	生年月日	<input type="checkbox"/> 大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 33 年 6 月 30 日 67 歳 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	氏名	草深 花子		電話	054-000-0000		
	住所	葵区西草深町〇-〇					
貴院への受診歴	<input checked="" type="checkbox"/> 1. あり (患者ID 2456136) <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明						
病名(主訴)	糖尿病 (<input type="checkbox"/> 1型 <input checked="" type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明) 罹病期間 (年) <input checked="" type="checkbox"/> 不明						
既往歴・家族歴	なし 職業 専業主婦						
合併症	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 網膜症 <input checked="" type="checkbox"/> 腎症 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()						
糖尿病連携紹介基準	<input checked="" type="checkbox"/> HbA1C >8%遷延 <input checked="" type="checkbox"/> 尿ALB指数>30mg/gCre <input type="checkbox"/> 尿蛋白1+以上 喫煙: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> eGFR<60(49歳以下) <input checked="" type="checkbox"/> eGFR<50(50-69歳) <input type="checkbox"/> eGFR<40(70歳以上) <input type="checkbox"/> 禁煙後 <input type="checkbox"/> 喫煙中						
症状経過及び検査結果・治療経過: 平素より病診連携にて大変お世話になっております。 令和元年より高血圧、糖尿病にて当院へ通院している患者さまです。 別紙通り、SGLT2阻害薬等の加療を行っていますが、HbA1C8%超が遷延、尿アルブミンも陽性、eGFR48と低下あり、糖尿病連携の紹介基準に該当、ご紹介とさせていただきます。 頸動脈を含めたエコー検査、療養指導・栄養指導等をお願いしたく存じます。							
インスリン導入となった場合: <input type="checkbox"/> 当院で対応可能です <input checked="" type="checkbox"/> 当院で対応困難です GLP-1/GIP製剤導入の場合: <input checked="" type="checkbox"/> 当院で対応可能です <input type="checkbox"/> 当院で対応困難です							
持参資料 <input checked="" type="checkbox"/> 1. データ (<input type="checkbox"/> 画像 <input checked="" type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 生活習慣病療養計画書) <input type="checkbox"/> 2. その他 ()							
現在の処方 コピー添付 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 処方せん <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病連携手帳は患者が持参します							