静岡市糖尿病連携パス票　返信　（病院/専門医→診療所）

[連携パス返信用(病院/専門医→診療所)]

紹介先医療機関　　年　月　日

紹介元医療機関

先生　侍史

医師名

ふりがな		□ 男	次回予約日(病院/専門医)	
患者氏名		□ 女	年　月　日	
生年月日	西暦　年　月　日		当院ID	
現在の病状	□ 安定　□合併症進行(腎・網膜・神経・大血管)　□血糖値安定に更なる調整が必要			
当院の受診間隔	□6ヶ月フォロー　□1年フォロー　□　)ヶ月or(　) 年フォロー　□随時			
今回実施した検査	□ 1.　腹部エコー	□ 2.　頸動脈エコー	□ 3.　ABI・baPWV	
	□ 4.　骨密度測定	□ 5.　体組成	□ 6.心エコー，胸腹CT	
今回実施した糖尿病支援	□ 1. 栄養指導（　Kcal)	2.　療養指導	3.　フットケア	
	4.　その他（　）			
今回の処方	□ 変更なしです。現行のままでお願いします。 □ 薬を追加しました(　) □ 薬を減量・削除しました(　) □ (　)を処方追加して下さい □ お薬手帳をご参照ください			
当院からの依頼事項	□　ヶ月毎にHbA1cを測定して下さい □　ヶ月毎に尿中微量アルブミンを測定して下さい □ HbA1cが　%を超えた場合は、当院を受診させて下さい □ 体重が　Kg以上増加もしくは減少した場合は、当院に受診するように勧めて下さい □ 6ヶ月 or 1年に1回、眼科を受診するように勧めてください			
その他のお願い・連絡	□ 禁煙の説明をお願いします □ (　kg)減量するように説明しています □ 車の運転を控えるように伝えています □ 1日　分程度散歩するように説明しています □ 定期的に歯科受診するように勧めています			

＊病院受診当日は「お薬手帳」・「糖尿病連携手帳」も持参するようお伝えください。

＊検査データはコピーを患者さんにお渡しください。診療情報提供書の原本は患者さんにお渡しください。