

糖尿病腎症重症化予防連携枠 診療情報提供書

紹介先医療機関

草加市立病院 内分泌・代謝内科 宛

紹介元医療機関

患者氏名 様 男・女

生年月日 年 月 日

医師

TEL

FAX

病名	糖尿病腎症		
※現病歴			
身長・体重	cm	kg	mmHg
家族歴・既往歴			
画像所見(腹部エコーなど)			
※検査結果(3か月以内) できるだけデータのコピーを添付して下さい。添付がある場合は右記は記入して頂かなくて結構ですが、※項目が測定されていることをご確認ください。	※HbA1c %	※Cr mg/dl	
	※BUN mg/dl	※尿蛋白(-)(±)(+)(2+)(3+)	
	尿蛋白定量 g/gCr	尿中アルブミン排泄 mg/gCr	
※眼底所見(6か月以内) 眼科医の報告書、糖尿病眼手帳、または糖尿病連携手帳(眼科医記入欄)のコピー添付でも可	<input type="checkbox"/> 単純網膜症 <input type="checkbox"/> 前増殖網膜症 <input type="checkbox"/> 増殖網膜症 <input type="checkbox"/> 黄斑症 かかりつけ眼科医: 最終受診: 月 日		
※現在処方			

糖尿病腎症2期以上で、当科診療後貴院で加療継続予定の方の連携枠専用の書式です。
 当科での継続治療依頼の方、腎臓内科紹介を希望される方などは一般の地域連携枠をご利用ください。
 ※は必須項目です