**糖尿病関連診療情報提供書**

済生会松山病院 　糖尿病内科 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　先生　御侍史　　　　　 　医療機関名

　 　　　　　　　　　医師名 　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　FAX番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹　介　患　者 | フリガナ | | |  | | | 旧　姓 | | | 性　別 | | 受診希望日時  　（午前の診療になります） | |
| 氏　　名 | | |  | | |  | | | □男性　□女性 | |
| 生年月日 | | | □明　□大　□昭　□平　□令　　年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | ①　　　年　　月　　日（　） | |
| 住　　所 | | | 〒 | | | | | | | | ②　　　年　　月　　日（　） | |
| ③　　　年　　月　　日（　） | |
| 電話番号 | | |  | | 携帯電話等 | | |  | | | □上記日時を希望　□いつでも可 | |
| 紹　介　目　的 | 入院 |  | | | □教育入院　□血糖コントロール入院  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | | | | | | | |
| 外　来 | 1.治療 | | | □血糖コントロール外来 | | | | | | | | |
| 2.検査 | | | □糖尿病合併症検査外来　□持続血糖モニタリング外来（リブレＰｒｏ）  □妊娠OGTT外来（血糖 　　　mg/dl、HbA1C　　　％：　　　　年　　月　　日） | | | | | | | | |
| 3.指導 | | | □糖尿病透析予防外来(4回　糖尿病性腎症2期以上の方対象)  □栄養指導外来（妊娠糖尿病を含む） | | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | |  | | | | | | | | |
| 既往歴 | | | | |  | | | | | | | | |
| 症状経過  治療経過 | | | | |  | | | | | | | | |
| 貴院で可能な  治療内容 | | | | | □経口薬のみ可能 □インスリン可能　□GLP-1受容体作動薬(自己注射)可能　□指示なし | | | | | | | | |
| 当院受診後希望 | | | | | □直ちに逆紹介　　□外来で合併症検査後逆紹介　□安定したら逆紹介 | | | | | | | | |
| 現在の処方 | | | | |  | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | □本人　□家族 | | | 負担割合 | | □1割　□2割　□3割 |
| 保険者番号 | | |  | | | | | 記号番号 | | |  | | |
| 公費負担番号 | | |  | | | | | 受給者番号 | | |  | | |
| 公費負担番号 | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 算定中管理料 | | | □在宅時医学総合管理料　□特定施設入所時等医学総合管理料　□在宅がん医学総合診療科 | | | | | | | | | | |
| □在宅療養指導管理料（在宅自己注射除く）□該当なし | | | | | | | | | | |

**済生会松山病院　地域連携室宛　FAX（089）911-6801（ＦＡＸ受付時間：平日8：30～16：30）**

2019/6/1