

りんくう総合医療センター 糖尿病センター予約申込書

診 療 情 報 提 供 書

送信先：りんくう総合医療センター

地域医療連携室

TEL 072-469-7835

FAX 072-469-7931

紹介医療機関名・医師名・電話・FAX

当院記入欄

患者 様 情 報	りんくう総合医療センター 受診歴		診察券番号 (ID番号)		CD-R 画像による情報提供		
	有 ・ 無		()		有 ・ 無		
	フリガナ		性別	旧姓で受診歴有の場合の氏名			
	患者氏名		男 ・ 女	()			
	生年月日	明・大・昭・平・令		年	月	日生	() 歳
	住所	〒			TEL		
	保険者番号			公費負担番号			
	記号・番号			公費受給者番号			
区分	本人 ・ 家族	負担割合	割	受診状況	(貴院に) 入院中 ・ 通院中		
受診 の 内 容	診断名	糖尿病 (1 型 ・ 2 型 ・ その他 ・ 不明)					
	指導外来 【複数選択可】	<input type="checkbox"/> フットケア外来 (月) (水) (金) 午後	糖尿病による足の合併症予防を目的として足浴・爪切りなどの足の手入れや血糖コントロールの相談などに対応します。				
		<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症早期 予防指導 (月) (水) (金) 9:30	腎症2期以上で内服薬やインスリン製剤を使用している方で医師が指導の必要と判断した方を対象に指導を行います。				
		<input type="checkbox"/> 栄養指導 (月)14:00・(水)10:15	糖尿病の患者さんに対して管理栄養士が指導を行います。 指示エネルギー <input type="checkbox"/> 1200Kcal <input type="checkbox"/> 1400Kcal <input type="checkbox"/> 1600Kcal <input type="checkbox"/> 1800Kcal 身長 cm 体重 Kg 塩分制限 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	合併症検査	<input type="checkbox"/> ABI	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	<input type="checkbox"/> CVRR	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	<input type="checkbox"/> 左記すべて	
	現病歴	診断時年齢 () 歳頃 ・ 不明 糖尿病腎症 () 期 糖尿病網膜症 (あり ・ なし ・ 不明) 糖尿病神経症 (あり ・ なし ・ 不明) 動脈硬化性疾患既往 (あり 病名: _____ ・ なし ・ 不明) 治療内容 (経口薬 ・ インスリン ・ GLP1/GIP 注射製剤) 直近のHbA1c (年 月 %)					
	既往歴						
受診希望日	・ 希望月 () 月希望 ・ 希望曜日 () 曜日希望 ・ (午前 ・ 午後) 希望		来院方法 (必ずご記入下さい)	独歩可能・車イス・ストレッチャー (いずれか○で囲んでください)			

注 紹介状は、別途必要ですので初診時に患者様をご持参下さい