

# Kobe DM net (糖尿病地域連携) 診療情報提供書 (連携2回目以降)

令和 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院  
糖尿病・内分泌内科

〒  
先生 住所: 電話  
FAX

医師名: ㊟

(フリガナ)		性別	ID: (あれば)
患者氏名		男・女	生年月日 年齢
旧姓(フリガナ)	※登録確認に必要なため、可能な範囲で記載してください。		

紹介目的 Kobe DM net (糖尿病地域連携)での診療

診断名 糖尿病 ( 2型 1型 その他 妊娠)

①主訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現症 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他

いつも大変お世話になり、有難うございます。

糖尿病地域連携を使用し、 引き続いての 糖代謝増悪につき その他( )のため御加療をお願いいたします。

現在のHbA1cは、( )%です。{( )年( )月現在}  
(別紙検査結果 あり なし) (検査結果のコピーなどを添えていただければ幸いです)

現在の薬物療法は、前回貴院診察時と、変更ありません 変更しております。  
(変更後の処方は、おくすり手帳の通り(可能な限りコピーを添付) 別紙の通り 以下の通り)です。

( )

現在の問題点は、特にありません 食事療法 運動療法 その他(以下の通り)

( )

です。今後とも何卒よろしくお願ひいたします。

- (以下は追加希望があれば、チェックください。)
- 血糖コントロール
  - 合併症 (具体的には )
  - 持続血糖測定(CGM)
  - 適切な薬剤の選定
  - その他( )を追加希望いたします。
  - 管理栄養士による栄養相談
  - 動脈硬化のスクリーニング
  - フットケア
  - 透析(腎不全)療養指導

➡ FAX送信先:(078)579-1943 神戸市立医療センター西市民病院 病診連携室