

3枚複写 連携パス用、かかりつけ医用、専門医用

専門医
記入欄



糖尿病・高血圧・慢性腎臓病
診療情報提供書結果報告

連携パス用

紹介医へ

患者名

年 月 日

診断名			
血 糖			
血 圧			
脂 質			
貧 血			
検 査	空腹時血糖、食後2時間血糖、ヘモグロビンA _{1c} の検査を	ヶ月に1回お願い致します	
	血算、生化学、尿一般の検査を	ヶ月に1回お願い致します	
	クレアチニン補正尿中アルブミン（早朝尿）の検査を	ヶ月に1回お願い致します	
	()の検査を	ヶ月に1回お願い致します	
その他 (検査結果・薬物療法など)			
	次回の外来を	年 月 日	に予約致しました

施設名

医師名

㊞

かかりつけ医
記入欄



糖尿病・高血圧・慢性腎臓病
診療情報提供書

連携パス用

(検査結果と内服薬・注射薬一覧を持参させて下さい)

施設名

医師名

先生

患者名

年 月 日

診 療 情 報 提 供	診 断 名			
	併 症			
情 報	住 宅			
	経 歴			
提 供	そ の 他			
	紹 介 目 的	栄養指導 腎臓病精査 心血管病精査 その他()	糖尿病教室 腎臓教室 定期受診	紹介医機関名: 郵便番号: 住 所: 電話番号: 紹介医名:

㊞

