**糖尿病地域連携パスシート（診療情報提供書）**

（新規・継続）※いずれかに〇を付けてください。

社会医療法人栄光会 栄光病院　TEL 092－935－0147(代表)

※太枠内をご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX 092－931－2125(直通)

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ |
| フリガナ |  | 生年月日　　　　　(　　)歳　　　年　　　月　　　日 | 性別 |
| 患者氏名 |  | 男性・女性 |
| 住所 |  | ＴＥＬ **※１** | 第１連絡先 |  |
| 第２連絡先 |  |
| 病名 |  | 受診希望日（第１希望～第３希望） |
| ①　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ➁　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ③　　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | **検査項目** **※２** | **ご希望検査事項**  | **ご希望、ご依頼事項記載欄** |
|  | 採血、尿検査 　 |  |  |  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・2人主治医制を希望されますか？ ( はい ・ いいえ )・インスリンを導入した場合、継続診療可能ですか？( はい ・ いいえ ) |
|  | 動脈硬化セット |  |  |
|  | ●頸動脈エコー | □ |  |
|  | ●baPWV/ABI | □ |  |
|  | ●負荷心電図 | □ |  |
|  | 胸部Ｘ線撮影 | □ |  |
|  | 心エコー | □ |  |
|  | 腹部エコー **※３**（21時より絶食） | □ |  |
|  |  |  |  |
|  | 外来診療 | □ |  | **栄光病院より報告事項** |
|  | 外来栄養指導 | □ |  | ＊次回再来は、(　　　　　)年( )月頃となります。 |
|  | 外来透析予防指導 | □ |  |
|  | 糖尿病教育入院 | □ |  |
|  | 血糖コントロール入院  | □ |  |
|  |  |  |  |
|  | 〇患者様に、**お薬手帳**、**糖尿病連携手帳**、**自己管理ノート**（血糖測定が有る場合）を必ずご持参されるようお伝えください。 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |

〇本シートは記入しFAXされた後に、当院へ郵送もしくは患者様御本人より当院へ直接お渡しください。

※１．ＴＥＬにて連絡し、検査日および受診予定日を決定致します。

※２．採血、尿検査は基本的に必須で行います。

※３．絶食指示に関しましては紹介元医療機関よりご説明をお願いします。

〇検査結果も郵送致します。

栄光病院 糖尿病・内分泌内科　　　　　　　　　　　　　　　印