

(新規・継続) ※いずれかに○を付けてください。

# 糖尿病地域連携パスシート（診療情報提供書）

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	性別
患者氏名	年 月 日		男性・女性
住所	TEL 第1連絡先 ※1 第2連絡先		
病名	受診希望日（第1希望～第3希望）		
	①	年 月 日	
	②	年 月 日	
③	年 月 日		
検査項目	ご希望検査事項	ご希望、ご依頼事項記載欄	
採血、尿検査 ※2		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	<input type="checkbox"/>		
●baPWV/ABI	<input type="checkbox"/>		
●負荷心電図	<input type="checkbox"/>		
胸部X線撮影	<input type="checkbox"/>		
心エコー	<input type="checkbox"/>		
腹部エコー ※3			
（21時より絶食）	<input type="checkbox"/>		
外来診療	<input type="checkbox"/>		
外来栄養指導	<input type="checkbox"/>		
外来透析予防指導	<input type="checkbox"/>		
糖尿病教育入院	<input type="checkbox"/>		
血糖コントロール入院	<input type="checkbox"/>		
○患者様に、 <u>お薬手帳</u> 、 <u>糖尿病連携手帳</u> 、 <u>自己管理ノート</u> （血糖測定が有る場合）を必ずご持参されるようお願いください。		栄光病院より報告事項	
		*次回再来は、( )年( )月頃となります。	

○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。

○検査結果も郵送致します。