

糖尿病地域連携シート（兼 診療情報提供書）

福岡県済生会大牟田病院 TEL 0944-53-2488 (代表)

FAX 0944-53-2806 (地域連携室)

※太枠内をご記入ください。

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 ※1	第1連絡先	
		第2連絡先	
病名			
検査項目	ご希望事項	ご希望、ご依頼事項記載欄	
採血、尿検査 ※2	<input type="checkbox"/>	医師名 _____	
心電図	<input type="checkbox"/>		
負荷心電図	<input type="checkbox"/>		
心エコー	<input type="checkbox"/>		
頸動脈エコー	<input type="checkbox"/>		
腹部エコー	<input type="checkbox"/>		
CAVI/ABI	<input type="checkbox"/>		
頭部単純CT	<input type="checkbox"/>		
頭部MRI、MRA	<input type="checkbox"/>		
胸部X線撮影	<input type="checkbox"/>		
胸部単純CT	<input type="checkbox"/>		
腹部単純CT	<input type="checkbox"/>	*次回再来 (あり 年 月頃・なし) となります。	
骨塩定量検査	<input type="checkbox"/>		
外来栄養指導	<input type="checkbox"/>		
外来フットケア	<input type="checkbox"/>		
糖尿病入院	<input type="checkbox"/>		

○患者様に、お薬手帳、糖尿病連携手帳、自己管理ノート（血糖）を必ずご持参されるようお伝えください。

○本シートは記入し当院地域医療連携室にお電話、FAXされた後に、当院へ郵送もしくは患者様ご本人より当院へ直接お渡しください。

※1. TELにて患者様に連絡し、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。

○CT、MRI 検査で造影をご希望の場合はお申し付けください。

その際は右記のメトホルミン内服の有無に○をつけてください。 **メトホルミン内服(有・無)**

○検査結果や指導内容は郵送致します。緊急性がある場合などは必要な検査、処置等行います。

福岡県済生会大牟田病院 内分泌・糖尿病センター 内分泌糖尿病内科

印