

独立行政法人地域医療機能推進機構

中京病院 地域連携システム

糖尿病センター・地域連携外来専用

【FAX 052-691-6053】

平成 年 月 日

登録医療機関

登録医

電話

FAX

フリガナ

受診者氏名 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

住所 TEL

受診歴の有無 有・無 受診希望日 年 月 日

御紹介目的 合併症精査(初回・再診) 血糖コントロール目的 インスリン導入

現在の処方内容

[Large bracket on the right side of the page, spanning from the 'Current Prescription' section to the 'Dependency Content' section.]

依頼内容

1. 他科受診の希望の有無

- |                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 細小血管障害 | (眼科・腎透析科)         |
| <input type="checkbox"/> 大血管障害  | (循環器内科・神経内科・血管外科) |
| <input type="checkbox"/> その他    | (歯科)              |

2. 検査の希望 (場合によっては、専門科を紹介受診いたします。)

- |                                       |                                   |                                      |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 蓄尿検査、微量アルブミン | <input type="checkbox"/> 神経伝導速度   | <input type="checkbox"/> 安静時心電図+CVRR |
| <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図      | <input type="checkbox"/> 冠動脈 CT   | <input type="checkbox"/> 心エコー        |
| <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー       | <input type="checkbox"/> 血圧脈波+SPP | <input type="checkbox"/> 下肢動脈エコー     |

3. 療養指導

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 栄養食事指導         | <input type="checkbox"/> 外来糖尿病教室 (原則第1火曜日午後) |
| <input type="checkbox"/> フットケア外来 (毎週木曜) |  |

4. その他、ご要望があれば自由にご記入ください。

[Large bracket on the right side of the page, spanning from the 'Other Requests' section to the bottom of the page.]