

先生 _____

医療機関名 _____

医師名 _____

患者氏名: _____ カルテ番号: _____ 性別: 男・女 _____

生年月日: 明・大・昭・平 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳) 職業: _____

傷病名 糖尿病

紹介目的 血糖値コントロール・教育入院・インスリン導入・合併症精査のお願い
その他 _____

糖尿病歴 推定罹病期間 _____ 年 糖尿病家族歴 なし ・ あり

検査結果 身長 ____ cm、 体重 ____ kg
HbA1c ____ %、 血糖値 ____ mg/dL (随時・空腹時)

主要な紹介内容、入院目的など

教育入院 2週間前後を希望、 1週間前後を希望
 2泊3日を希望、 ____日間を希望

血糖値コントロール HbA1c $\geq 7.5 \sim 8\%$ のため
 空腹時血糖値 $\geq 150 \sim 200 \text{mg/dL}$ のため

インスリン導入 オイグルコン $\geq 5 \text{mg}$ ・アマリール $\geq 4 \text{mg}$ ・グリミクロン $\geq 120 \text{mg}$
のいずれを使用しても血糖コントロール不良
 複数の経口薬を組み合わせても血糖コントロール不良
 中断後の治療
 その他 _____

合併症精査 インスリン分泌能・抵抗性の評価
 細小血管・大血管合併症
 悪性腫瘍の評価など

その他

現在の処方