糖尿病教室参加申込用紙（診療情報提供書）

 平成　 年　　月　　日

送信先：新潟県立中央病院

FAX　　025-524-3232（専用）

TEL　　025-522-7711

指導内容お問い合わせ先：内科外来

TEL　　上記番号と同じ

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住　　　所　 |  |
| T E　L　 |  |
| F　A　X |  |
| 医　師　名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな　 患者氏名　 | 生年月日 | 明・大・昭・平 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 年齢　　　　 | 　　　　　 | 歳 | 性別 | 男　・　女 |
| 職業 |  |
| 住所　〒  | 電話番号 |

以下の項目にチェックおよび記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ⅰ　今回の糖尿病教室 | * 新規
 | * 再受講
 |
| Ⅱ　希望がある場合 | 希望日時 | 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| Ⅲ　病名 | □１型DM | □２型DM |
| □妊娠DM | □その他 |
| 合併症 |  |
| 既往歴 |  |
| Ⅳ　内服薬　　　　　 薬品 （　　　　　　　　　　） |
| インスリン注射 薬品 | （　　　　　　　　 　） |
| 朝 |  | 単位 | 昼 |  | 単位 |
| 夕 |  | 単位 | 眠前 |  | 単位 |
| Ⅴ　指示内容および身体計測 |
| 1. 食事の指示
 | 熱量 |  | kcal | 塩分 |  | g |
| 1. 身体計測
 | 身長 |  | cm | 体重 |  | kg |
| 1. 運動療法
 | * 可
 | * 否
 |
| 1. 検査値
 |
| 検査項目 | 日　　付 | 値 | 検査項目 | 日　　付 | 値 |
| HbAlc |  | 　　　　　　　% | CRE |  | mg/dl |
| LDL-c |  | mg/dl | BUN |  | mg/dl |
| HDL-c |  | mg/dl | 尿たんぱく |  |  |
| TG |  | mg/dl |

その他、心配なことや相談したいことがありましたら記入願います。