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。