

Kobe DM net（糖尿病地域連携）診療情報提供書（初回用）

西区

年 月 日

県立リハビリテーション中央病院

糖尿病内科 担当医 先生 御侍史

住 所:

医師名:

印

(フリガナ)		性別	ID: (あれば)	
患者氏名		男・女	生年月日	年齢
住 所	〒			
	TEL	—	—	
紹介目的	Kobe DM net（糖尿病地域連携パス）での診療			
診断名	糖尿病（ ☐ 2型 ☐ 1型 ☐ その他 ☐ 不詳）			

いつも大変お世話になり、有難うございます。

当院に ☐初診 ☐通院中（ 年頃より）の患者さんを紹介致しますのでよろしくお願いし
紹介目的

☐ 糖尿病教育入院を含む入院加療

☐ 外来での診療

☐ 血糖コントロール

☐ 持続血糖測定 (CGM)

☐ 適切な薬剤の選定

☐ 合併症（ ）の評価

☐ 管理栄養士による栄養相談

☐ 貴院の方針通りで

☐ その他（ ）

患者概要 糖尿病発

年頃 また

歳頃

血糖値 mg/dl HbA1c %（別紙検査結果 ☐あり ☐なし）

処方内容 ☐おくすり手帳の通り ☐別紙の通り ☐以下の通り

眼科受診 ☐未受診 ☐通院中（ ）眼科 ☐その他（ ）

今後の ☐引き続き、当診療所と貴院による連携での診療（典型的な循環型パス）

診療に ☐今回のみの診療および検査依頼

ついて ☐当診療所への通院は終了とし、貴院あるいは他の医療機関での診療継続を希望

☐ その他（ ）

以上、今後ともよろしくお願いいたします。

その他

予約希望
日

第1（ 月 日 / 曜日） 第2（ 月 日 / 曜日）
または、☐大至急（電話連絡必要） ☐可能な限り早急 ☐いつでもOK