

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	男・女
患者氏名		職業		
住所	〒 ー TEL ()			
貴院診察券No		済生会病院診察券No		

福井県済生会病院 生活習慣病外来 担当医 医師

受診希望日 年 月 日 ()

傷病名及び検査に必要な確認事項	病名	身長 cm	体重 kg
	薬剤アレルギー 無・有()	嗜好	タバコ アルコール

医療機関名

所在地

電話番号

F A X

医師氏名

印

紹介目的

●採血・尿検査の実施 希望あり 希望なし

●基本治療指導(複数選択可) *食事指導は後日施行となる場合があります。

食事指導(指示あり・当外来一任) 運動指導(指示あり・当外来一任) 服薬指導(指示あり・当外来一任)

【希望される食事指導の内容】

カロリー制限食 (kcal/日)

減塩 (g/日)

プリン体制限 (無・有)

糖尿病食 (単位)

コレステロール制限 (無・有)

その他 ()

【希望される運動指導の内容】

【希望される服薬指導の内容】

●合併症精査(複数選択可) *カッコ内の不必要な項目には横線をお入れください。

細小血管症セット(眼科的精査、MCV/CVr-r、尿蛋白/尿中アルブミン・クレアチニン比)

大血管症セット(胸・腹部x-p、負荷心電図[ダブルマスター・トリプルマスター]、PWV / ABI / IMT検査)

その他の検査()

〈追加事項〉

既往歴及び家族歴

症状経過及び治療経過など

発症時期: 歳頃 (年頃) 貴院でのフォロー開始時期: 年 月 日頃

〈治療経過の概要と問題点〉

現在の基本治療

食事療法(未・指導済み) [具体的な内容:]

運動療法(未・指導済み) [具体的な内容:]

現在のコントロール状況

年 月 日 採血分	血 圧: / mm/Hg
HbA1c値: %	総コレステロール値: mg/dl
血糖値:(空腹時) mg/dl	中性脂肪値: mg/dl
(朝・昼食後 時間) mg/dl	HDLコレステロール値: mg/dl
眼底所見:(年 月 日)	血清クレアチニン値: mg/dl
血清尿酸値: mg/dl	尿 蛋 白: 陰性 弱陽性 陽性 強陽性

現在の処方内容

その他のご要望

済生会病院からの質問

問題解決後は貴院での継続加療をお願いできますか? (はい ・ いいえ)

糖尿病でインスリン療法が必要になった場合でも貴院でフォローして頂けますか? (はい ・ いいえ)

糖尿病で自己血糖測定が開始された場合でも貴院でフォローして頂けますか? (はい ・ いいえ)