

# 受診依頼票(岡崎糖尿病連携用)

年 月 日

岡崎市民病院

内分泌・糖尿病内科 科 ( 先生)  
 ↑診察医のご希望があれば記入してください。

★ 診察時間予約なし  
 年 月 日  本日受診  受診日未定

医療機関名 \_\_\_\_\_

★ 診察時間予約あり  
 早い日を希望  希望日あり(第3希望までご記入ください)  
 第1希望 年 月 日 曜日  
 第2希望 年 月 日 曜日  
 第3希望 年 月 日 曜日

医師名 \_\_\_\_\_

TEL・FAX \_\_\_\_\_

|                       |      |  |   |       |  |  |         |  |           |  |  |  |  |  |
|-----------------------|------|--|---|-------|--|--|---------|--|-----------|--|--|--|--|--|
| 受<br>診<br>者           | フリガナ | 救急車の使用： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無  |   |       |  |  |         |  |           |  |  |  |  |  |
|                       | 氏名   | 保険者番号  |   |       |  |  | 記号・番号   |  |           |  |  |  |  |  |
|                       | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大<br><input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 | 年 | 月     | 日  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |         |  |           |  |  |  |  |  |
|                       | 住所   | 公費負担医療の受給者番号   |   |       |  |  | 公費負担者番号 |  |           |  |  |  |  |  |
|                       | TEL  | 有効期限   |   |       |  |  | 年 月 日   |  |           |  |  |  |  |  |
| 受診者ID番号が分かれば記入してください。 |      | 被保険者名  |   | 保 険 別 |  |  |         |  | 公 費 負 担 別 |  |  |  |  |  |
| ID                    |      |  |   |       | <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 交 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 費<br><input type="checkbox"/> 事 <input type="checkbox"/> 故<br><input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 保<br><input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 家<br><input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 本<br><input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 本<br><input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 本<br><input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 本<br><input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 期<br><input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 齢<br><input type="checkbox"/> 割 |  |         |  |           | <input type="checkbox"/> 結 <input type="checkbox"/> 身<br><input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 原<br><input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 母<br><input type="checkbox"/> 老 <input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> そ <input type="checkbox"/> の<br><input type="checkbox"/> 人 <input type="checkbox"/> ど<br><input type="checkbox"/> 核 <input type="checkbox"/> 障<br><input type="checkbox"/> 童 <input type="checkbox"/> 爆<br><input type="checkbox"/> 神 <input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> も<br><input type="checkbox"/> 他 |  |  |  |  |

主訴又は診断：糖尿病 合併症：高血圧 脂質異常症 肥満症(BMI≥25) その他 ( )

経過及び依頼目的：糖尿病治療すべてお任せ 外来受診(インスリン導入) 栄養・療養指導 教育入院  
合併症検査 (次ページの合併症検査セット依頼書で希望項目を選択可能です) 緊急受診(高血糖・低血糖等)  
その他 ( )

今後のフォローアップ：循環型地域連携パス お任せ型

現在のコントロール状況 ( 年 月 日採血)

血糖(随時・空腹時) \_\_\_\_\_ mg/dl      HbA1c (NGSP) \_\_\_\_\_ % または グリコアルブミン(GA) \_\_\_\_\_ %  
 任意 75gOGTT( 年 月 日実施)      空腹時 30分 60分 120分  
 血糖値(mg/dl) \_\_\_\_\_  
 インスリン値(μU/ml) \_\_\_\_\_

糖尿病治療薬の処方内容

内服薬

注射薬

インスリン製剤

|          |  |  |
|----------|--|--|
| フイルム     | <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 患者持参 <input type="checkbox"/> 集配 ) ・ <input type="checkbox"/> 無                              | 返却( <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 ) |
| 検査結果・その他 | <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 患者持参 <input type="checkbox"/> 集配 <input type="checkbox"/> FAX ) ・ <input type="checkbox"/> 無 | 返却( <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 ) |
| 算定状況     | <input type="checkbox"/> 在宅時医学管理料 ・ <input type="checkbox"/> 在宅末期医療総合診療料 ・ <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料                                      |  |

# 合併症検査セット依頼書(岡崎糖尿病連携用)

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

受診者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 男 女

□にチェックをしてください(太字の大項目を全て希望される場合は、大項目の□をチェックしてください)。

## 3 大合併症のチェック

- 神経伝導検査、CVR-R
- 眼科依頼、眼底検査
- 尿中アルブミン排泄量
- 尿中蛋白排泄量

## 内因性インスリン分泌能検査

- 抗 GAD 抗体
- 空腹時 CPR
- 空腹時インスリン
- 尿中 CPR
- グルカゴン負荷試験

## 動脈硬化症の検査

- 安静時心電図
- W-master 心電図
- ABI/PWV
- 頸動脈エコー(IMT)

## 腹部の検査

- 腹部エコー (腹部 CT)
- 便潜血

## その他

- 骨密度測定

備考

[

]