

岡崎市民病院 受診依頼票（岡崎糖尿病連携用）

年 月 日

診察依頼

内分泌・糖尿病内科（

先生）

↑ 診察医のご希望があれば記入してください。

検査のみ依頼

検査項目：単純CT・造影CT・単純MRI・造影MRI

エコー・RI・骨密度・神経伝導速度・その他（

★予約希望日

希望あり（第3希望までお書きください）

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

明日以降早い日を希望

受診日未定

本日希望

医療機関名

医師名

TEL・FAX

★Web予約

年 月 日 曜日 時 分

★救急車の使用（有 無）

★岡崎市民病院から詳細な診療状況を示す文書の提供を希望する。

→ 希望しない場合は左記に✓を入れてください。

*予約変更に関しましては、当院と患者様が直接調整させていただきますのでご了承ください。
尚、変更した場合は、紹介医へ変更日時等をご連絡させていただきます。

受診者	フリガナ		性別	生 年 月 日		
	氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
	住所	(〒)				
	TEL	自宅電話		携帯電話		
当院診察券番号		(当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)				
算定状況	在宅時医学総合管理料・在宅がん医療総合診療科・在宅療養指導管理料・特定施設入居等医学総合管理料					
【主訴又は診断】 糖尿病						
合併症： <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満症(BMI \geq 25) <input type="checkbox"/> その他()						
【経過及び依頼目的】						
<input type="checkbox"/> 糖尿病治療すべてお任せ <input type="checkbox"/> 外来受診(インスリン導入) <input type="checkbox"/> 栄養・療養指導 <input type="checkbox"/> 教育入院						
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 緊急受診(高血糖・低血糖等)						
<input type="checkbox"/> その他()						
今後のフォローアップ： <input type="checkbox"/> 循環型地域連携パス <input type="checkbox"/> お任せ型						
現在のコントロール状況(年 月 日採血)						
血糖(<input type="checkbox"/> 随時・ <input type="checkbox"/> 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(μ U/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						
CD-R・フィルム・USB・病理標本	有 (<input type="checkbox"/> 患者持参・ <input type="checkbox"/> 集配) ・ <input type="checkbox"/> なし			返却 (要・患者へ・不要)		
検査結果・その他	有 (<input type="checkbox"/> 患者持参・ <input type="checkbox"/> 集配・ <input type="checkbox"/> FAX) ・ <input type="checkbox"/> なし			返却 (要・患者へ・不要)		

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、大項目のに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

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)

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

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