

# 【糖尿病ライフセンター依頼箋】

FAX 0763-82-0532

送信者	医療機関名		医師氏名	
	所在地	〒 -	TEL	
			FAX	
ふりがな		生年	明治・大正・昭和・平成	
患者氏名		月日	年	月 日 男・女
住所	〒 -		電話番号	
受診希望日	第一希望	月 日 (金)	第二希望	月 日 (金)
紹介目的	<input type="checkbox"/> 栄養指導(妻や母等の調理者参加 あり・なし) <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 日常生活指導 <input type="checkbox"/> 薬剤指導 <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> 眼科受診 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 合併症検査(心臓・脳・腎臓・神経障害) <input type="checkbox"/> インスリン導入を主とした治療相談 ※合併症検査と眼科受診は午前です <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	検査依頼	<input type="checkbox"/> 血糖の再検(75gOGTT・空腹時血糖) <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> ABI・PWV <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> (負荷)心電図 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 心臓血管CT <input type="checkbox"/> その他 ( )		
現病歴と治療内容		◆糖尿病診断時期◆ ( )才頃 昭和・平成 ( )年頃		直近のデータ 平成 年 月 日
	◆貴院でのフォロー開始時期◆ 昭和・平成 ( )年頃		体重	γ-GTP
	◆その後の治療経過の概要(合併症の程度も含む)◆		BMI	尿アルブミン
			血圧	蛋白尿
			血糖値	HDL-Cho
			食前・食後 時間	LDL-Cho
			HbA1c	中性脂肪
			AST	身長
			ALT	
	◆薬物療法◆		◆商品名◆	
<input type="checkbox"/> スルホニル尿素薬		(ヘキストラスチン・ジメリン・グリミクロン・オイグルコン・ダオニール・アマリール)		
<input type="checkbox"/> ビグアナイド薬		(グリコラン・メルピン・ジベトスB)		
<input type="checkbox"/> αグルコシダーゼ阻害薬		(グルコバイ・ベイスン・セイブル)		
<input type="checkbox"/> チアゾリジン		(アクトス)		
<input type="checkbox"/> 速効型インスリン分泌促進薬(スターシス・ファステック・グルファット)				
<input type="checkbox"/> 超速効型インスリン		(ヒューマログ注・ノボラピット注・アピトラ)		
<input type="checkbox"/> 速効型インスリン		(R:ペンフィル、イルレット、ヒューマカート、ヒューマリン)		
<input type="checkbox"/> 中間型インスリン		(N:ペンフィル、ノボリン、イルレット、ヒューマカート、ヒューマリン、ヒューマログ)		
<input type="checkbox"/> 混合型インスリン		( )		
<input type="checkbox"/> 持効型インスリン		(ランタス注・レベミル注)		
<input type="checkbox"/> DPPIV阻害剤		(グラクティブ・ジャヌビア)		
現状	◆食事の指示単位◆ 糖尿病食 ( )単位 ・ ( )キロカロリー			
	◆運動内容◆ ( )			
その他報告・依頼事項				