

3枚複写 連携パス用、かかりつけ医用、専門医用

専門医
記入欄



糖尿病・高血圧・慢性腎臓病
診療情報提供書結果報告

連携パス用

紹介医へ

患者名

年 月 日

診断名		
血 糖		
血 圧		
脂 質		
貧 血		
検 査	空腹時血糖、食後2時間血糖、ヘモグロビンA _{1c} の検査を	ヶ月に1回お願い致します
	血算、生化学、尿一般の検査を	ヶ月に1回お願い致します
	クレアチニン補正尿中アルブミン（早朝尿）の検査を	ヶ月に1回お願い致します
	（ ）の検査を	ヶ月に1回お願い致します
その他 （検査結果・薬物療法など）		
<div style="text-align: right;"> 次回の外来を 年 月 日に予約致しました </div>		

施設名

医師名

㊦

かかりつけ医
記入欄



糖尿病・高血圧・慢性腎臓病
診療情報提供書

連携パス用

（検査結果と内服薬・注射薬一覧を持参させて下さい）

施設名

医師名

先生

患者名

年 月 日

診 療 情 報 提 供	診 断 名			
	併 症			
診 療 情 報 提 供	既 住 歴			
	家 族 歴			
診 療 情 報 提 供	経 過			
	そ の 他			
紹 介 目 的	栄養指導	糖尿病教室	紹介医機関名：	㊦
	腎臓病精査	腎臓教室	郵便番号：	
	心血管病精査	定期受診	住 所：	
	その他（ ）		電話番号：	
			紹介医名：	

記入欄不足時、診療情報提供・結果報告補充用紙（別紙）に記載してください

初版2008年3月 第2版2008年11月



3枚複写

連携パス用、かかりつけ医用、専門医用

著作物利用申請書を提出した場合には、
機関名や医師名などを印刷できます。

[illegible]