

糖尿病地域連携パスシート

(兼 診療情報提供書)

太枠内紹介医療機関記入欄

連携先 医療機関	TEL 病院・医院・クリニック		
フリガナ	年齢	性別	
患者氏名	歳	男性・女性	
住所	第1連絡先 TEL※1 第2連絡先		
病名	受診予定日 年 月 日		
検査項目	ご希望検査事項	ご希望、ご依頼事項記載欄	
採血、尿検査※2	☐	済生会福岡総合病院より報告事項	
頸動脈エコー	☐		
baPWV/ABI	☐		
頭部単純 CT	☐		
頭部 MRI、MRA	☐		
胸部 X 線撮影	☐		
胸部単純 CT	☐		
心電図	☐		
心エコー	☐		
腹部エコー※3	☐		
(21 時より絶食)	☐		
上部消化管カメラ※3	☐		
(21 時より絶食)	☐		
外来栄養指導	☐		
足の診察、処置 (フットケア)	☐		
糖尿病教育入院	☐		
糖尿病血糖 コントロール入院	☐		

※患者様に糖尿病連携手帳、自己管理手帳(血糖)、お薬手帳を必ずご持参されるようお願いください。

※本シートは記入しFAXされた後に、当院へ郵送もしくは患者様御本人より当院へ直接お渡しください。

※身長、体重、血圧測定などは当院外来にてチェック致します。

※1. TELにて連絡し、検査日および受診予定日を決定致します。

※2. 採血、尿検査は基本必須で行います。

※3. 絶食指示に関しては紹介医療機関よりご説明をお願いします。

検査結果も郵送致します。緊急性がある場合などは、必要な検査、処置等致します。