**糖尿病紹介状(紹介元⽤)**

令和　　　年　　　月　　　日

**紹介先： 医師名： 先⽣御机下**

患者： 様　(男・女)　 Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ 年 月 日生　( 歳）

患者住所： 花巻市・北上市・遠野市 職業：

紹介目的：　診断・治療・セカンドオピニオン・合併症の有無・その他( )

診断： 1型糖尿病・2型糖尿病・その他( )

家族歴： あり (本人との関係： )・なし・不明

発症時期・発見契機： 年頃　健診・有訴受診・定期採血・その他( )

コントロール： HbA1c %・血糖 ㎎/dl (空腹時・食後 時間)

合併症・併存症： 神経症・腎症(人工透析　あり・なし)

既往症： 高血圧症・脂質異常症・冠動脈疾患・脳血管疾患・その他( )

治療法： 未治療・食事・運動療法・経口薬・インスリン・GLP-1受容体作動薬

糖尿病連携手帳の配付： 配付した・配付していない (原則配付)

その他連絡事項：

**施設名： 医師名：**

**花巻市糖尿病・CKD重症化予防プログラム**

**糖尿病診療情報提供書(眼科⽤)**

令和　　　年　　　月　　　日

**紹介元施設名： 医師名： 先⽣御侍史**

患者： 様　(男・女)　 Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ 年 月 日生　( 歳）

患者住所： 花巻市・北上市・遠野市 職業：

診断名：

右　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　左

 視力： ( )　　　　　　　　　　　　　　　　　( )

 網膜症： なし・あり なし・あり

 Debis分類： 単純型・前増殖型・増殖型 単純型・前増殖型・増殖型

 ⻩斑症： なし・あり なし・あり

 レーザー光凝固： 未・済 未・済

今後の方針： 経過観察・光凝固・白内障手術・硝子体手術・抗VEGF抗体注射

糖尿病連携手帳記入： 未・済・未所有

次回受診日： 　　　　年 　　月頃　(受診間隔　　　　　ヶ月毎)

その他連絡事項：

**施設名： 医師名：**

**花巻市糖尿病・CKD重症化予防プログラム**