

送付先

公立浜坂病院 地域連携室

FAX 0796-83-3755

糖尿病合併症予防外来申込書

申込日 年 月 日

紹介元 医療機関名			
患者氏名	様		
生年月日	年	月	日
連絡先(TEL)			
受診希望日	第1希望	月	日
	第2希望	月	日

※FAX確認後、当院からご依頼の医療機関及び患者様へ受診日時を連絡いたします。

()内の該当する項目に○をつけ、下線部には記入をしてください。

区分	1. 腎症	2. 足病変
病状	・糖尿病 (1型 ・ 2型 ・ その他 : _____) ・HbA1c _____ %と(上昇 ・ 維持 ・ 低下)している ・尿中アルブミン _____ mg/g・cr ・尿蛋白 (- ・ 土 ・ + 以上) ・インスリンの使用 (あり ・ なし) ・足病変 (※2を選択した場合のみ) (足潰瘍 ・ 足趾・下肢切断歴 ・ 閉塞性動脈硬化症 ・ 糖尿病神経障害)	

ご希望するオプション検査の にチェックを入れてください。

オプション	<input type="checkbox"/> 自律神経障害の評価 (CVRR)	<input type="checkbox"/> 頰動脈エコー	<input type="checkbox"/> 栄養指導
	<input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 (ABI)	<input type="checkbox"/> 下肢動脈エコー	

その他、ご希望があれば記載してください。

--