

西陣糖尿病カンファレンス申し込み書

診療所名	医師名			
TEL	FAX			
歳	性別	男・女		
身長	cm	体重	kg	BMI
血压	/	mmHg	職業	
依頼目的				
糖尿病歴（年） 現在治療中の他の病名 既往歴 臨床経過				
糖尿病治療薬（内服） 〃（注射） その他治療薬				
検査経過	年 月	年 月	年 月	年 月
HbA1c(%)				
空腹時血糖(mg/dl)				
随時血糖(mg/dl)				
GFR（あるいはGFRcys)				
LDL-C(mg/dl)				
TG(mg/dl)				
AST(GOT)				
ALT(GPT)				
尿蛋白（-・±・+）				
尿ケトン（-・+）				
検査結果	尿中アルブミン定量 mg/日 抗GAD抗体 U/ml CEA ng/ml CA19-9 U/ml 血中C-ペプチド（食前・食後） ng/ml			
腹部エコー・CT結果 網膜症				
備考				

わかる範囲で結構ですので、記入後本書をFAXして下さい。

（DATAは各医療機関での経時変化を送っていただいても構いません。）

西陣病院地域医療連携室(TEL) 075-465-7358/(FAX) 075-465-7327