

西陣糖尿病オープン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 |
| 血圧 | / | 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) | | | | |
| GOT(U/l) | | | | |
| GPT(U/l) | | | | |
| 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課(TEL) 075-465-7358/(FAX) 075-465-7327