

マツダ病院 糖尿病フットケア外来診療情報提供書

診療予約申し込み票と一緒にFAXしてください

FAX:082-565-5137

平日8:15~16:45

紹介元医療機関の所在地および名称

記入日	年 月 日
医療機関名	
電話番号	
医師氏名	

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)		
現住所			
電話番号			
病名	<input type="checkbox"/> 1型糖尿病	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病	
糖尿病罹病期間	年	直近のHbA1c	%
身体測定	身長	cm	体重 kg
治療	<input type="checkbox"/> 食事療法	<input type="checkbox"/> 内服	
	<input type="checkbox"/> GLP-1作動薬	<input type="checkbox"/> インスリン	
合併症	<input type="checkbox"/> 網膜症	<input type="checkbox"/> 腎症	<input type="checkbox"/> 神経障害
	<input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	
足病変の既往	<input type="checkbox"/> 足壊疽	<input type="checkbox"/> 足潰瘍	
	<input type="checkbox"/> 足趾・下肢切断既往		
介入内容 (介入希望)	<input type="checkbox"/> 足病変観察・足評価 <input type="checkbox"/> フットケア全般ケア <input type="checkbox"/> フットケア自己管理指導 <input type="checkbox"/> その他 ()		