

年 月 日

連絡票(一次医療機関→保険者)

一次医療機関(かかりつけ医)

医療機関名
医師名
TEL
fax

紹介者名

ふりがな
氏名
生年月日
性別
住所
電話番号

保険者

機関名
担当者名
TEL
fax

傷病名 糖尿病(2型)

検査結果

◇専門職の介入について

- 介入あり 《看護師 管理栄養士 薬剤師 理学療法士 その他()》
- 介入なし

◇治療の内容

- 食事療法
- 運動療法
- 薬物療法

今後保健指導の介入

- 必要とする
- 必要としない

今後HbA1cなどの検査結果や処方などの診療情報の提供

- 可能
- 不可能