

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	年	月	日(歳)
性別	男	女	
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