

順天堂大学医学部附属静岡病院 糖尿病支援入院情報シート

地域医療連携室 FAX 055-948-2103

一般の紹介状・保険証とともにお送り下さい。 お時間がなければ本用紙のみ、先送くださるようお願い致します。
おわかりになる範囲で結構です。

順天堂ID: _____ 患者様 ^{ふりがな}ご氏名 _____ 様 (生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

〒 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 罹病期間 (推定 _____ 年)

★連絡先(重要) 原則、入院予定日の前日に医事課入退院受付から入院時間等を
患者さんにご連絡させていただきます。

日中に連絡可能なお電話番号(最も確実に連絡がとれる連絡先に○をおつけ下さい)

平日にお仕事をされている場合は、連絡先が自宅のみではご連絡できない場合がございます。

1. 自宅 _____

2. 携帯 _____

3. 職場 _____

※(職場に連絡してよい場合のみ、ご記入ください)

4. その他 _____

連絡しても差し支えないお時間など、ございましたら以下へご記入ください。

以下、該当する項目に○を付けてください。

糖尿病網膜症 検査 未 _____ なし あり: (詳細 _____)

糖尿病腎症 検査 未 _____ なし あり: (詳細 _____)

糖尿病神経症 検査 未 _____ なし あり: (詳細 _____)

心疾患 検査 未 _____ なし あり: (詳細 _____)

脳血管疾患 検査 未 _____ なし あり: (詳細 _____)

身体機能 (全く障害ない _____ 杖歩行 _____ 歩行不能)

運動習慣 (かなりある _____ たまに運動:歩行など _____ ない)

社会適応 (保たれている 保たれていない)

急性期感染症(結核、細菌感染など) (ある ない)

他疾患 (状態と治療)

1 4

2 5

3 6

投与薬剤 (わかる範囲で)

1 5

2 6

3 7

4 8

貴医療機関名 :

ご住所 :

お電話 :

F A X :

担当医先生 ご氏名 :