

順天堂大学静岡病院 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 <sup>ふりがな</sup>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) 入院予定日の前週木曜日(祝日の場合は金曜日)に  
医事課の入退院受付から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 :