

糖尿病教室参加希望

外来受診希望

は、必須項目です。

氏名				男	M T S H	NO.	
				女	年 月 日生 (歳)		
住所		TEL		現在の処方			
指示事項	熱量	kcal/日					
	単位数						
	蛋白質	g/日					
	食塩量	g/日					
検査結果		経過の概略		職業 ()	嗜好		
身長	cm		家族歴				
体重	kg						
BMI							
血圧	~	mmHg					
	~	mmHg					
脈拍	整	不整					
RBC	万/mm ³						
Hb	g/dl						
Ht	%						
尿検査	糖	潜血	蛋白(A1b)	ケトン体	空腹時血糖値	mg/dl	
					IRI	μU/ml	
					CPR	mg/dl	
					食後2時間値	mg/dl	
胸部Xp					HbA1c	%	
					血糖検査	空腹時	mg/dl
心電図						IRI	μU/ml
眼底						30'	mg/dl
						IRI	μU/ml
T-Cho	mg/dl	BUN	mg/dl	60'		mg/dl	
HDL-C	mg/dl	Cr	mg/dl	IRI		μU/ml	
TG	mg/dl	UA	mg/dl	120'		mg/dl	
ALT	IU/L	神経伝達速度	正常・低下	IRI		μU/ml	
AST	IU/L	下肢腱反射	正常・低下	IRI	μU/ml		
-GTP	IU/L						
当院使用可能薬剤	SU剤	グリミクロン 40mg ラスチノン 500mg オイグルコン・ダオニール 1.25mg・2.5mg ジメリン 250mg・500mg アマリール 1mg・3mg スターシス・ファスティック 30mg・90mg その他					
	BG剤	グリコラン・メルビン 250mg ジベトスB 50mg その他					
	-GI	グルコバイ 50mg・100mg ベイスン 0.2mg・0.3mg					
	その他	アクトス 15mg・30mg					
	I 製剤使用	可	不可				
自己測定器	1日	回測定					

医療機関名 及び 担当医師氏名	
-----------------------	--