

「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」 2014/03/01 表

疑似糖尿病個案篩檢轉介單

日期： 年 月 日

藥 師 轉 介 內 容	個案基本資料	姓名:	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日:民國 年 月 日
		身分證號:	電話:	聯絡地址:
	病情描述	<input type="checkbox"/> 三多:多吃, 多喝, 多尿; 或體重減輕約____公斤 <input type="checkbox"/> BMI 或腰臀圍超過標準 <input type="checkbox"/> 血脂過高 <input type="checkbox"/> 血壓過高 <input type="checkbox"/> 數據曾異常: HbA1c____; FBG____ (民國____年); RBG____(民國____年) <input type="checkbox"/> 一等親人罹患糖尿病 <input type="checkbox"/> 曾生過巨嬰或妊娠糖尿病 (民國____年) <input type="checkbox"/> 罹患心血管疾病 <input type="checkbox"/> 其它: _____		
	醫療院所/藥局	傳真號碼	電話	藥師簽名
建議轉介院所科別: 及醫師:			轉介院所電話:	
轉 診 院 所	處 理 情 形	診斷 <input type="checkbox"/> 糖尿病, 鼓勵加入糖尿病共同照護網 <input type="checkbox"/> 異常: <input type="checkbox"/> 葡萄糖不耐 <input type="checkbox"/> 空腹血糖異常 建議: _____後再追蹤 <input type="checkbox"/> 正常: 建議_____後再追蹤 <input type="checkbox"/> 其它: _____ 檢查: <input type="checkbox"/> HbA1c: _____% <input type="checkbox"/> OGTT: _____mg/dL <input type="checkbox"/> FBG: _____mg/dL <input type="checkbox"/> RBG: _____mg/dL <input type="checkbox"/> 其它: _____ <input type="checkbox"/> 需藥師照護與追蹤 (請填寫「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」個案轉介單)		
	日期	____年____月____日		醫師簽章
	電話			

※ 本轉介單限使用乙次 個案持三聯就診:「甲聯」送回原轉介單位;「乙聯」受轉介單位留存;「丙聯」個案自存