

地域医療連携だより

きずな



糖尿病内分泌内科

ご紹介いただいた患者さんは、外来又は入院で必要な検査治療を行い、病状が安定したら、速やかにご紹介元への経過報告と紹介に努め、当院と地域医療機関が連携して治療を進めていく方針です。

外来担当

外来日 月 火 水 木 金

午前 上田 鈴木 上田 上田 鈴木

午後 上田 鈴木 鈴木

※ 初診は、火・木

外来担当表



専門医2名体制

医長

鈴木 陽一

(すずきよういち)

認定内科医

糖尿病専門医

内分泌代謝科専門医

医長

上田 絢美

(うえだ あやみ)

認定内科医

糖尿病専門医

内分泌代謝科専門医

多職種メンバー

糖尿病認定看護師

尾上 和子

(おのうえ かずこ)

フットケア外来

糖尿病患者の生活調整相談等

管理栄養士

上田 葉子

(うえだ ようこ)

糖尿病療養指導士

栄養相談等

積極的にご紹介いただきたい疾患

■ 糖尿病

緊急入院の適応となる可能性がある症例

高血糖症状(口渇・多飲・多尿・体重減少)を伴う尿ケトン体陽性

教育入院の適応又は方針の見直しが望ましい症例

初回指摘の糖尿病

血糖コントロール不良が3か月以上持続している患者さん

合併症が進行している患者さん

膵島関連自己抗体が陽性な患者さん(抗GAD抗体、ICA抗体など)

血糖コントロールが良好でも、合併症評価が必要な症例

(最終検査日から1年以上経過)

■ 二次高血圧を疑う患者さん

初回指摘の患者さん(特に若年)

3剤以上の降圧薬を使用されている患者さん

■ 副腎腫瘍を指摘された患者さん

■ その他

高尿酸血症、脂質腎異常、骨粗鬆症も含めて内分泌疾患を疑う患者さん

特色・診療内容

糖尿病の診療のほか、二次高血圧症、甲状腺疾患、下垂体疾患などの内分泌疾患などにも重点を置いて診療しています。

専門外来・チーム医療

糖尿病患者さんの定期的な合併症評価や、糖尿病看護認定看護師によるフットケア外来、医師と糖尿病療養指導士(看護師)、管理栄養士による透析予防外来、管理栄養士による栄養指導、インスリン導入目的の教育入院のほか、高血圧患者の二次性高血圧評価、甲状腺疾患患者の定期的な甲状腺エコー評価などを目的とする紹介もお待ちしております。

地域医療支援病院

こちらのページをコピーしてお使いください。

小田原市立病院
F A X 予約診療申込書

送信先 F A X : **0465-34-3180** (小田原市立病院予約センター)

受付時間：月曜日～金曜日（土日・祝日除く） 午前8時30分から午後5時まで
 ※受付時間外に到着した F A X への回答は、翌診療日以降の回答となります。
 ※予約にあたり調整が必要な場合は、電話連絡いたします。
 ※緊急性の高い患者はご利用できません。

【患者さんの基本情報】

ふりがな 患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
電話番号		市立病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有
住 所	(〒)		
備 考	患者さんの来院時に配慮する事項等がございましたらご記入ください。		

【希望診療科】 ※希望する診療科に☑をしてください。

<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌内科
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ内科	<input type="checkbox"/> 小児科
<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 婦人科 (11時枠のみ)	<input type="checkbox"/> 産科 (11時枠のみ)
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科

※診療科が不明な場合は必ず診療情報提供書（紹介状）を添付してください。

【希望医師及び受診希望日】

<input type="checkbox"/> 無	受診希望日（第1希望）		受診希望日（第2希望）	
	令和 年	AM早め	令和 年	AM早め
<input type="checkbox"/> 有 (医師)	月 日 ()	AM遅め	月 日 ()	AM遅め

※希望時間の目安として、午前中の早め・遅めのご希望がある場合にはいずれかに○をつけてください。

※神経内科以外は原則午前のみのご予約となりますが、患者さんの状態等により午後の診察をご希望される場合は、当院予約センター（0465-34-3175：内線3108）までご連絡ください。

【紹介目的・紹介病名等】

--

【紹介元医療機関】 ※医療機関名・住所・電話番号・紹介医師名をご記入ください。（ゴム印可）

(医療機関名)	連絡担当者
(住 所)	
(電話番号)	F A X 番号
(医 師 名)	

令和3年4月