

糖尿病連携パス(開始 病院からかかりつけ医へ)

様式3

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 病名:(1型・2型)糖尿病、境界型糖尿病

\* 糖尿病連携手帳にかかりつけ医院をご記入ください

病院名:

医師名:

医療機関名	現在の状態	定期的管理(かかりつけ医)	経過診療(病院)		
			(1~3ヵ月後)	(6ヵ月後)	(1年後)
受診時期	平成 年 月 日	( )ヶ月毎に受診 ( )週間毎に受診	平成 年 月頃	平成 年 月頃	平成 年 月頃
診察・検査	体重 腹囲 血圧 脂質検査 血糖値(空腹時・随時) HbA1c 尿検査 腹部エコー 負荷心電図	体重 腹囲 血圧 脂質検査 血糖値(空腹時・随時) HbA1c 尿検査			
合併症検査	糖尿病神経障害	神経検査	糖尿病神経障害の進行により検査	糖尿病神経障害の進行により検査	糖尿病神経障害の進行により検査
	糖尿病網膜症	眼底検査	糖尿病網膜症の進行により検査	糖尿病網膜症の進行により検査	糖尿病網膜症の進行により検査
	糖尿病腎症	腎機能検査	糖尿病腎症の進行により検査	糖尿病腎症の進行により検査	糖尿病腎症の進行により検査
	歯周病	歯周病検査	歯周病の検査・処置	歯周病の検査・処置	歯周病の検査・処置
指導実施	栄養指導 運動指導 服薬指導 インスリン注射指導	栄養指導 運動指導 服薬指導 インスリン注射指導	栄養指導 運動指導 服薬指導 インスリン注射指導	栄養指導 運動指導 服薬指導 インスリン注射指導	栄養指導 運動指導 服薬指導 インスリン注射指導
食事	エネルギー 塩分制限 タンパク質制限 カリウム制限あり	左記を守ってください	食事(エネルギー等)の変更	食事(エネルギー等)の変更	食事(エネルギー等)の変更
運動	適 不適	左記を守ってください	運動の変更	運動の変更	運動の変更
薬剤	経口薬 インスリン注射指導	左記を守ってください	薬の変更	薬の変更	薬の変更
安静度	制限なし 制限あり	左記を守ってください	安静度の変更	安静度の変更	安静度の変更
患者様への説明	病状説明 治療方針の説明 糖尿病連携パスの説明・同意	病状説明 今後の定期受診の説明 合併症予防のための検査について説明	病状説明 今後の経過受診について説明 歯科受診について説明	病状説明 今後の経過受診について説明 歯科受診について説明	病状説明 今後の経過受診について説明 歯科受診について説明
備考					

※詳しい検査内容等は、糖尿病連携パス(手帳)をご確認ください。