

糖尿病連携手帳記載及び活用方法(医療機関用)

- ★手帳の使用期間の目安は、概ね1年半になります。
- ★患者様に毎回持参するよう、また他の医療機関、薬局、歯科医院受診時には提出するようお伝えください。
- ★記載されたら歯科医院、薬局等に見てもらえるように付箋を貼るなどされると、情報が伝わりやすくなります。
- ★記載者は先生、看護師等専門スタッフと事務の方が想定されます

P4. 5 基本情報 得られた情報を記載します。

<p>● 基本情報</p> <p>フリガナ</p> <p>■氏名</p> <p>■生年月日</p> <p>年 月 日 男 女</p> <p>■住所</p> <p>(〒 -)</p> <p>TEL: ()</p> <p>■勤務先</p> <p>TEL: ()</p> <p>■緊急連絡先/続柄 ()</p> <p>TEL: ()</p>	<table border="1"> <tr> <td>記載日</td> <td>年 月 日</td> <td>記載者</td> </tr> <tr> <td>身長</td> <td>cm</td> <td>体重</td> </tr> <tr> <td>過去最大体重</td> <td>kg(才頃)</td> <td>2才頃の体重</td> </tr> <tr> <td>飲酒</td> <td>飲まない・飲む()</td> <td>喫煙</td> </tr> <tr> <td>喫煙</td> <td>吸わない・吸っていた・吸う(本/日)</td> <td>診断</td> </tr> <tr> <td>併発症</td> <td>網膜症 なし・あり 神経障害 なし・あり</td> <td>腎症</td> </tr> <tr> <td>併存症</td> <td>動脈硬化 なし・あり(虚血性心疾患・脳血管障害・末梢動脈疾患) 脂質異常症・高血圧症・肝疾患・高尿酸血症 その他</td> <td>既往歴</td> </tr> <tr> <td>家族の病歴</td> <td>糖尿病 なし・あり() その他</td> <td>栄養記録</td> </tr> <tr> <td>摂取エネルギー</td> <td>kcal/日</td> <td>炭水化物</td> </tr> <tr> <td>たんぱく質</td> <td>g/日</td> <td>食塩相当量</td> </tr> <tr> <td>介護度</td> <td>なし・要支援 1, 2</td> <td>要介護 1, 2, 3, 4, 5</td> </tr> </table>	記載日	年 月 日	記載者	身長	cm	体重	過去最大体重	kg(才頃)	2才頃の体重	飲酒	飲まない・飲む()	喫煙	喫煙	吸わない・吸っていた・吸う(本/日)	診断	併発症	網膜症 なし・あり 神経障害 なし・あり	腎症	併存症	動脈硬化 なし・あり(虚血性心疾患・脳血管障害・末梢動脈疾患) 脂質異常症・高血圧症・肝疾患・高尿酸血症 その他	既往歴	家族の病歴	糖尿病 なし・あり() その他	栄養記録	摂取エネルギー	kcal/日	炭水化物	たんぱく質	g/日	食塩相当量	介護度	なし・要支援 1, 2	要介護 1, 2, 3, 4, 5
記載日	年 月 日	記載者																																
身長	cm	体重																																
過去最大体重	kg(才頃)	2才頃の体重																																
飲酒	飲まない・飲む()	喫煙																																
喫煙	吸わない・吸っていた・吸う(本/日)	診断																																
併発症	網膜症 なし・あり 神経障害 なし・あり	腎症																																
併存症	動脈硬化 なし・あり(虚血性心疾患・脳血管障害・末梢動脈疾患) 脂質異常症・高血圧症・肝疾患・高尿酸血症 その他	既往歴																																
家族の病歴	糖尿病 なし・あり() その他	栄養記録																																
摂取エネルギー	kcal/日	炭水化物																																
たんぱく質	g/日	食塩相当量																																
介護度	なし・要支援 1, 2	要介護 1, 2, 3, 4, 5																																

●氏名、生年月日、住所は患者様に記載するようお願いされるか、医療機関での記載をお願いします。

●氏名については、手帳の表紙に記載する方法もあります。

●5ページ目は、可能な範囲でご記入ください。初回交付時、更新時が記載の目安です。更新時にご本人が転記できる場合は記載するようお願いください。

P6. 7 かかりつけ医の名前を記載します。関係機関の名前が記載してあります。

<p>■かかりつけ医 (連携バスの使用/ なし・あり)</p> <p>医療機関: 主治医:</p> <p>住所:</p> <p>TEL: ()</p> <p>■病 院 (連携バスの使用/ なし・あり)</p> <p>医療機関: 主治医:</p> <p>住所:</p> <p>TEL: ()</p> <p>■かかりつけ眼科医 (連携バスの使用/ なし・あり)</p> <p>医療機関: 主治医:</p> <p>住所:</p> <p>TEL: ()</p> <p>■かかりつけ歯科医 (連携バスの使用/ なし・あり)</p> <p>医療機関: 主治医:</p> <p>住所:</p> <p>TEL: ()</p> <p>■かかりつけ薬剤師 (連携バスの使用/ なし・あり)</p> <p>薬局: 薬剤師:</p> <p>住所:</p> <p>TEL: ()</p>	<p>■産業医 (連携バスの使用/ なし・あり)</p> <p>TEL: ()</p> <p>■担当ケアマネジャー (連携バスの使用/ なし・あり)</p> <p>事業所: 担当者:</p> <p>住所:</p> <p>TEL: ()</p> <p>■市区町村(保健師・管理栄養士) (連携バスの使用/ なし・あり)</p> <p>TEL: ()</p> <p>■ (連携バスの使用/ なし・あり)</p> <p>TEL: ()</p> <p>■ (連携バスの使用/ なし・あり)</p> <p>TEL: ()</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

P8~15 検査結果、治療内容のご記入をお願いします。

検査結果	検査日	/ /	/ /	/ /
	施設			
	体重(kg)	①		
	血圧(mmHg)			
	血糖値(mg/dL)	空腹時・食後	分	空腹時・食後
	HbA1c(%)			
	肝臓	AST/ALT	/	/
		γ-GTP	/	/
	脂質	LDL-C/HDL-C	/	/
		中性脂肪	/	/
腎臓	eGFR			
	クレアチニン			
	尿アルブミン指数	mg/gCr	mg/gCr	
尿蛋白	定性	-・±・1+・2+・3+	②	
[治療・指導のポイント]				
③				

●治療方針により該当項目を記入し、治療に役立ててください。

●記載頻度は毎月1回受診として、16回分（概ね1年半分）です。

●①②は基本情報になります。

●③は治療方針の新規設定、変更がある場合や、患者様へのメッセージ、他機関への連絡がある場合などにご記入ください。

他機関への伝達事項がある場合には付箋を貼って、患者様に「〇〇薬局、歯科医院に出してください」と伝える方法があります。

例) 〇月〇日

〇〇を頑張っていますね、この調子

お薬の飲み忘れないようにしましょう

食事のエネルギー 〇〇〇〇kcal

1日の塩分目安量は6g未満です

自己血糖測定、自宅で血圧を測定しましょう

※日南市糖尿病性腎症重症化予防プログラム（H30年9月）より

※尿アルブミン/クレアチニン比（mg/gCr）に関する保険診療について

「糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって、微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る）に対して行った場合に、3月に1回に限り算定できる。（診療点数早見表2018 医学通信社）」とされている。

「糖尿病」かつ「糖尿病性早期腎症疑い」、もしくは「糖尿病」かつ「糖尿病性腎症（第1期、第2期）」の記載があるとよい。

P16~19 眼科・歯科の記載欄

診察結果の記載や受診確認等を行います。

検査結果	眼科	施設	眼科医	施設	眼科医
		検査日	/ /	検査日	/ /
		網膜症	なし・単純増殖前・増殖	網膜症	なし・単純増殖前・増殖
		右 黄斑浮腫	なし・あり	右 黄斑浮腫	なし・あり
		眼 所見の悪化	なし・あり	眼 所見の悪化	なし・あり
		光凝固	未・済	光凝固	未・済
		抗VEGF治療歴	なし・あり	抗VEGF治療歴	なし・あり
		網膜症	なし・単純増殖前・増殖	網膜症	なし・単純増殖前・増殖
		左 黄斑浮腫	なし・あり	左 黄斑浮腫	なし・あり
		眼 所見の悪化	なし・あり	眼 所見の悪化	なし・あり
光凝固	未・済	光凝固	未・済		
抗VEGF治療歴	なし・あり	抗VEGF治療歴	なし・あり		
矯正視力	右()・左()	矯正視力	右()・左()		
次回受診	ヶ月後	次回受診	ヶ月後		
眼科	歯科	施設	歯科医師	施設	歯科医師
		検査日	/ /	検査日	/ /
		歯周病	なし・軽・中・重	歯周病	なし・軽・中・重
		口腔清掃	良・普通・不十分	口腔清掃	良・普通・不十分
		出血	なし・時々・あり	出血	なし・時々・あり
		口腔乾燥	なし・あり	口腔乾燥	なし・あり
		咀嚼力	問題なし・問題あり	咀嚼力	問題なし・問題あり
		現在歯	()歯	現在歯	()歯
		インプラント	なし・あり	インプラント	なし・あり
		義歯・ブリッジ	なし・あり	義歯・ブリッジ	なし・あり
所見の変化	改善・なし・悪化	所見の変化	改善・なし・悪化		
次回受診	ヶ月後	次回受診	ヶ月後		
備考		備考			

【記載頻度】

記載頻度は毎月1回受診として、16回分（概ね1年半分）です。

初診時、状況悪化、改善した時が記載の目安です。

【記載項目】

・検査した項目を記載

・指導した内容(本人へのメッセージや、指導内容)があれば備考欄や枠外に自由に記入します

・本人が後から見て、本人に分かる内容で記載するのが、本人の動機づけになります。

例) 〇月〇日

「年に〇回受診をするようにしましょう」

「毎食後の歯磨きをがんばりましょう」

「歯間ブラシを使いましょう」

「次までに●●●をがんばりましょう」 など

P20~23 合併症関連検査

検査項目	検査日	結果
網膜症	/ /	なし・あり P16~19参照
腎症	/ /	1期・2期・3期・4期・5期
神経障害	/ /	末梢神経障害 なし・あり
	/ /	自律神経障害 なし・あり
足チェック	/ /	足背動脈触知 右() 左()
しびれ() 冷感() 変色() 白癩()		

頸動脈エコー	/ /	右 狭窄 % IMT mm プラーク なし・あり
	/ /	左 狭窄 % IMT mm プラーク なし・あり
上腕足動脈血圧比 ABI	/ /	右 左
脈波伝播速度 PWV	/ /	右 左
心電図	/ /	
胸部レントゲン	/ /	CTR %
腹部/エコー・CT	/ /	
便潜血	/ /	1回目 - ・ +
	/ /	2回目 - ・ +
骨格筋指数 SMI	/ /	
握力	/ /	kg

必要に応じてご活用ください。

P24~25 検査計画

検査計画	年 検査計画												
	最終実施日	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
健診													
採血													
検尿													
眼科受診													
歯科受診													
足チェック													
頸動脈エコー													
ABI・PWV													
心電図													
胸部レントゲン													
腹部/エコー・CT													
便潜血													
SMI													
握力													

2年間の検査計画を書き込めるページです。
年間の検査スケジュールの確認に使えます。

