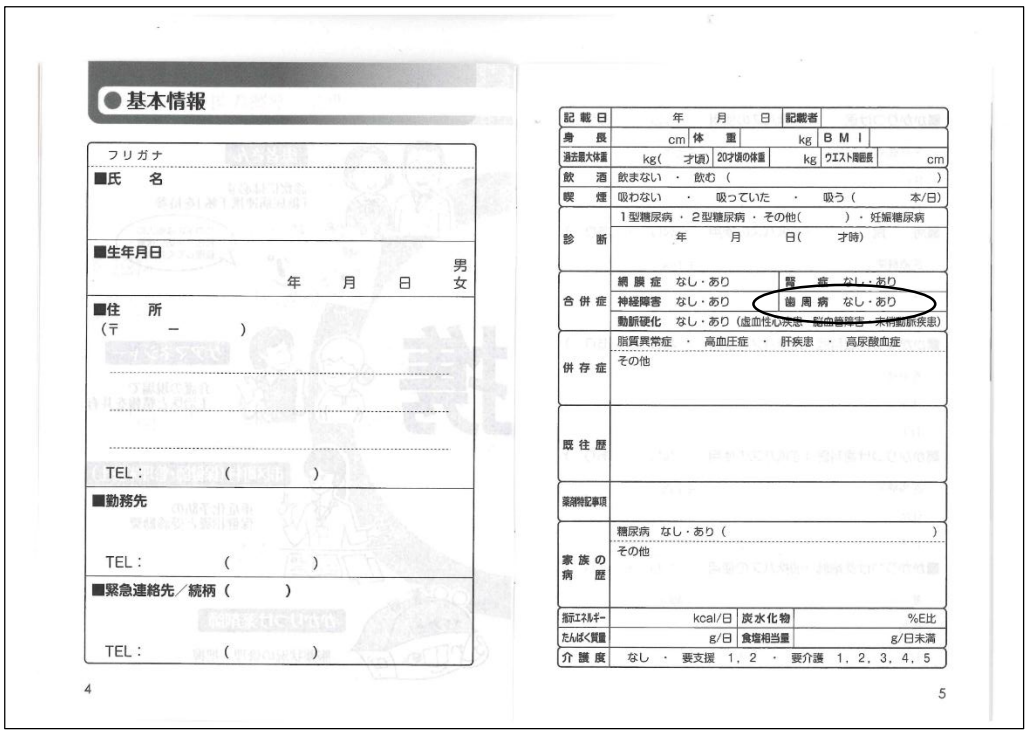
～糖尿病の患者様が治療を続ける動機づけになる手帳にするために～

糖尿病連携手帳記載及び活用方法（歯科医院会用）

★記載方法について参考にご活用ください。
★糖尿病連携手帳をお持ちでない場合は、かかりつけ医に相談するようにお伝えください。
★記載されましたら、かかりつけ医等に見てもらうように、付箋を貼るなどされると、より情報が伝わりやすくなります。

P4．5　基本情報　得られた情報を記載します。



●基本情報

フリガナ
■氏　名
■生年月日　年　月　日　男　女
■住　所（〒　－　）
TEL：（　）
■勤務先
TEL：（　）
■緊急連絡先／続柄（　）
TEL：（　）

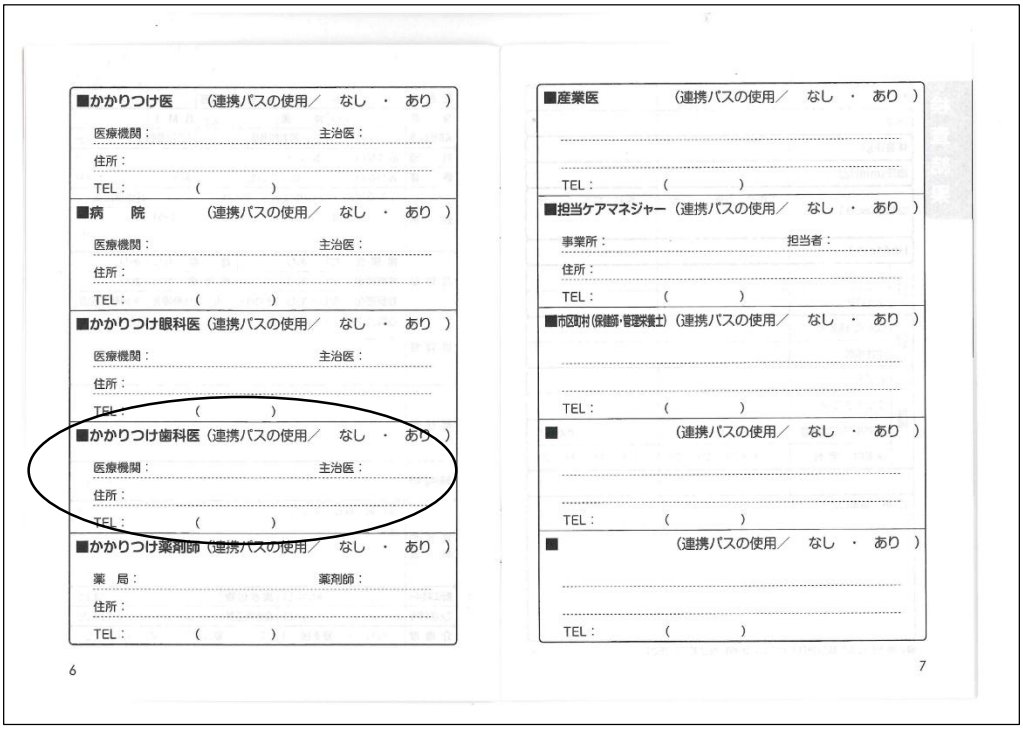
4

記載日	年　月　日	記載者	
身　長	cm	体　重	kg　BMI
過去最大体重	kg（　才頃）	20才頃の体重	kg　ウエスト周囲長　cm
飲　酒	飲まない・飲む（　）		
喫　煙	吸わない・吸っていた・吸う（　本/日）		
診　断	1型糖尿病・2型糖尿病・その他（　）・妊娠糖尿病 年　月　日（　才時）		
合併症	網膜症　なし・あり	腎　症　なし・あり	
	神経障害　なし・あり	歯周病　なし・あり	
	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）		
併存症	脂質異常症・高血圧症・肝疾患・高尿酸血症 その他		
既往歴			
薬剤特記事項			
家族の病歴	糖尿病　なし・あり（　） その他		
指示エネルギー	kcal/日	炭水化物	%E比
たんぱく質量	g/日	食塩相当量	g/日未満
介護度	なし・要支援　1，2・要介護　1，2，3，4，5		

5

P6．7　かかりつけ歯科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。



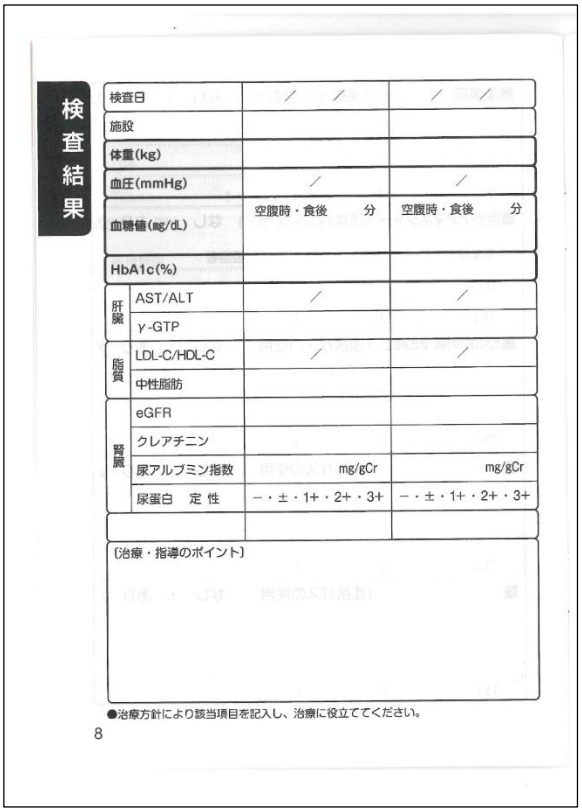
■かかりつけ医　（連携パスの使用／　なし・あり）
医療機関：　主治医：
住所：
TEL：（　）
■病　院　（連携パスの使用／　なし・あり）
医療機関：　主治医：
住所：
TEL：（　）
■かかりつけ眼科医（連携パスの使用／　なし・あり）
医療機関：　主治医：
住所：
TEL：（　）
■かかりつけ歯科医（連携パスの使用／　なし・あり）
医療機関：　主治医：
住所：
TEL：（　）
■かかりつけ薬剤師（連携パスの使用／　なし・あり）
薬　局：　薬剤師：
住所：
TEL：（　）

6

■産業医　（連携パスの使用／　なし・あり）
TEL：（　）
■担当ケアマネジャー（連携パスの使用／　なし・あり）
事業所：　担当者：
住所：
TEL：（　）
■市区町村（保健師・管理栄養士）（連携パスの使用／　なし・あり）
TEL：（　）
■　（連携パスの使用／　なし・あり）
TEL：（　）
■　（連携パスの使用／　なし・あり）
TEL：（　）

7

P8～15　検査結果、治療内容、継続受診の確認ができます。



検査結果

検査日		／　／	／　／
施設			
体重(kg)			
血圧(mmHg)		／	／
血糖値(mg/dL)		空腹時・食後　分	空腹時・食後　分
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+	−・±・1+・2+・3+

〔治療・指導のポイント〕

●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。

8

かかりつけ医が治療内容、検査項目等を記載しますのでご確認ください。

検査結果は毎月１回受診として、16 回分（概ね１年半分）となっています。

P16～19　眼科･歯科の記載欄

眼科・歯科

眼科				
施設			施設	
眼科医			眼科医	
検査日		／　／	検査日	／　／
右眼	網膜症：	なし・単純 増殖前・増殖	右眼 網膜症：	なし・単純 増殖前・増殖
	黄斑浮腫：	なし・あり	黄斑浮腫：	なし・あり
	所見の悪化：	なし・あり	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
左眼	網膜症：	なし・単純 増殖前・増殖	左眼 網膜症：	なし・単純 増殖前・増殖
	黄斑浮腫：	なし・あり	黄斑浮腫：	なし・あり
	所見の悪化：	なし・あり	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

歯科				
施設			施設	
歯科医師			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	

16

【記載頻度】

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。

･先生、歯科衛生士の記載が想定されます

◎メッセージの例

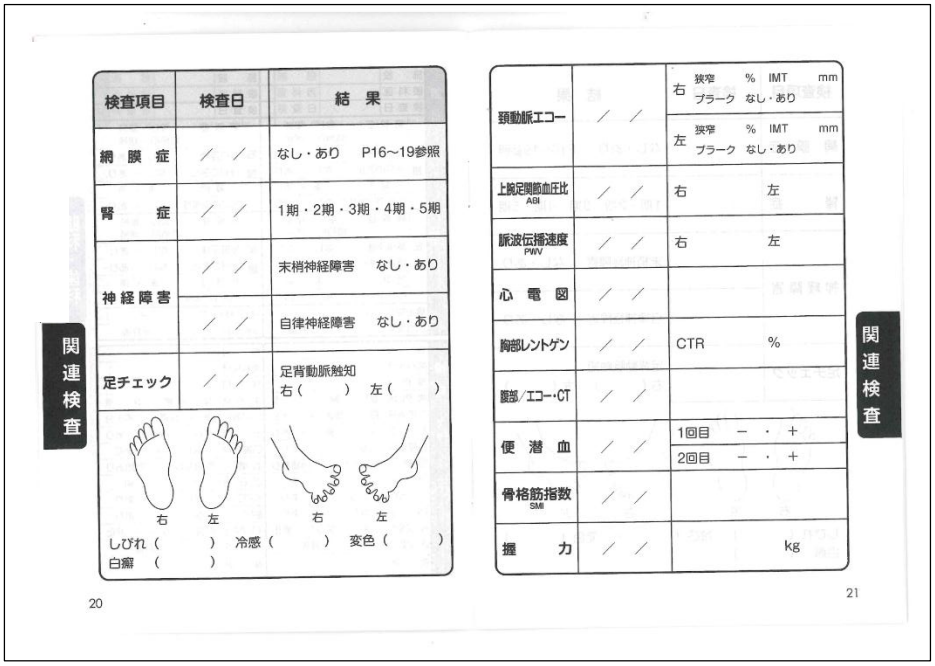
「毎食後の歯磨きをがんばりましょう」

「歯間ブラシを使いましょう」

「●●すると、○○に効果がありますよ」

「次までに●●●をがんばりましょう」 など

P20～23 合併症関連検査



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（　）

右　左　右　左

しびれ（　）　冷感（　）　変色（　）
白癬（　）

20

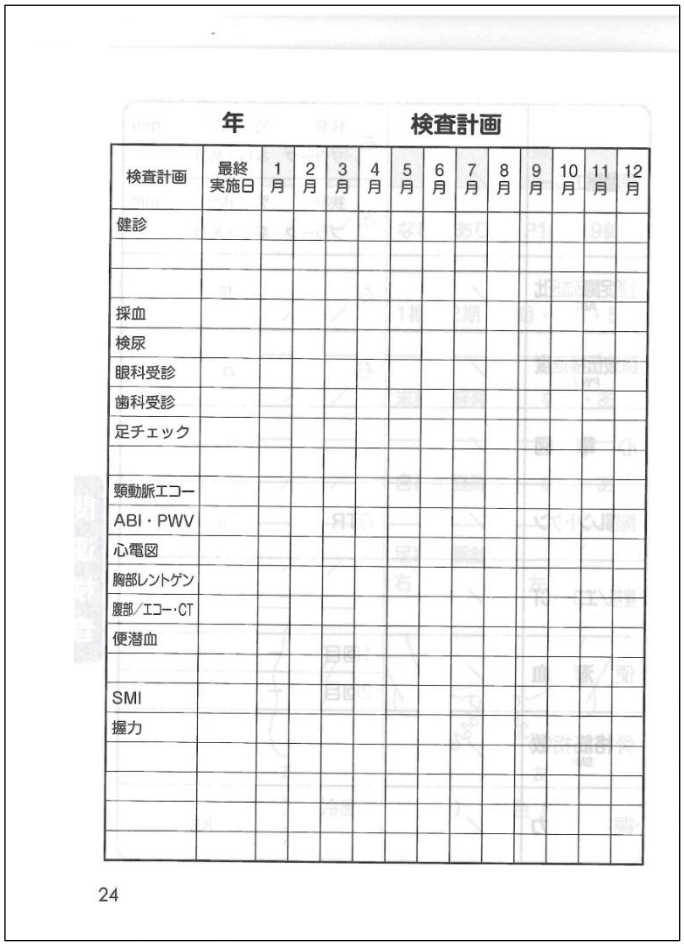
頸動脈エコー	／／	右　狭窄　%　IMT　mm　プラーク　なし・あり
		左　狭窄　%　IMT　mm　プラーク　なし・あり
上腕足関節血圧比 ABI	／／	右　左
脈波伝播速度 PWV	／／	右　左
心電図	／／	
胸部レントゲン	／／	CTR　%
腹部／エコー・CT	／／	
便潜血	／／	1回目　－・＋ 2回目　－・＋
骨格筋指数 SMI	／／	
握力	／／	kg

関連検査

21

必要に応じてご活用ください。

P24～25 検査計画



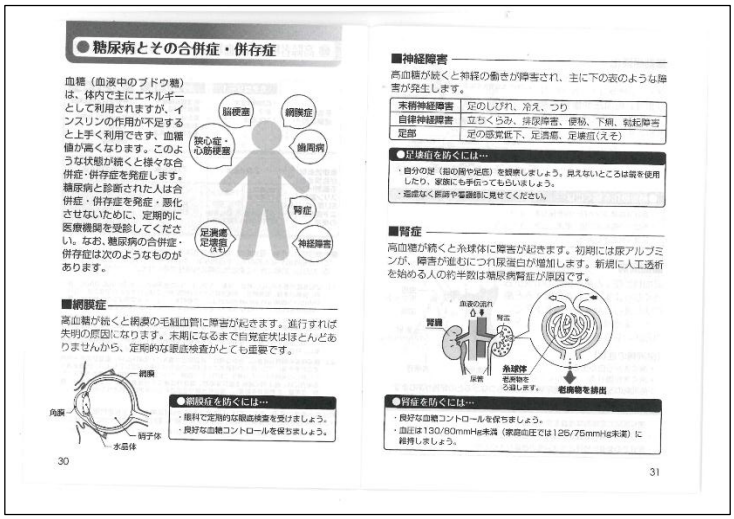
年　検査計画

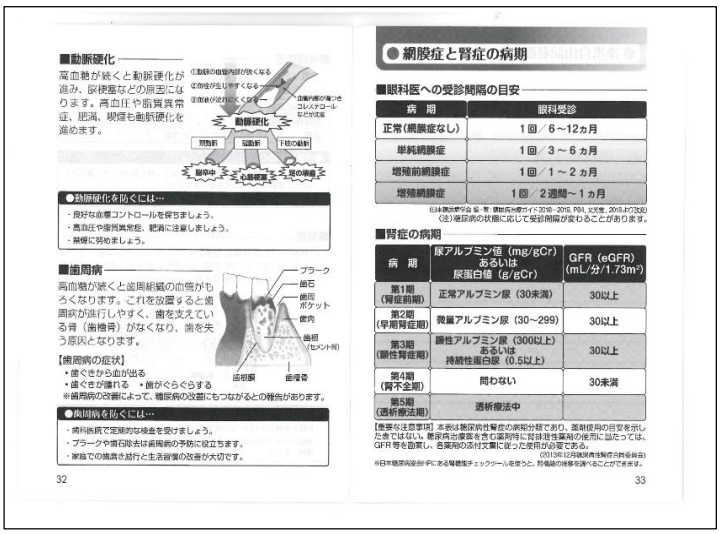
検査計画	最終実施日	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
健診													
採血													
検尿													
眼科受診													
歯科受診													
足チェック													
頸動脈エコー													
ABI・PWV													
心電図													
胸部レントゲン													
腹部／エコー・CT													
便潜血													
SMI													
握力													

24

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。

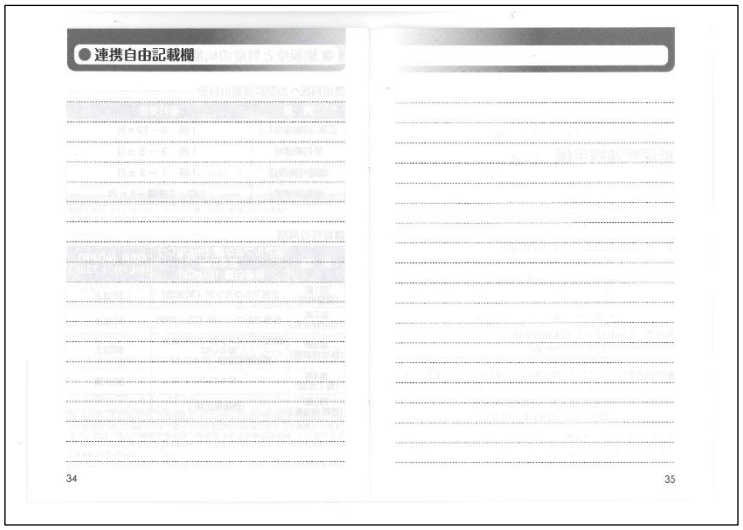
P28～33 各種学習資料





P34～35

連携自由記載欄



医療機関、薬局、市役所等の指導記録がある場合がありますので、ご確認ください。

また、必要時には自由に記載ください。