

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	<input type="checkbox"/> ()ヶ月毎に受診 <input type="checkbox"/> ()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		<input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 脂質検査 <input type="checkbox"/> 血糖値(空腹時・随時) <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 負荷心電図	<input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 脂質検査 <input type="checkbox"/> 血糖値(空腹時・随時) <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> 尿検査			
合併症検査	糖尿病神経障害	<input type="checkbox"/> 神経検査		<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害の進行により検査
	糖尿病網膜症	<input type="checkbox"/> 眼底検査		<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症の進行により検査
	糖尿病腎症	<input type="checkbox"/> 腎機能検査		<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症の進行により検査
指導実施		<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導
食事		<input type="checkbox"/> エネルギー <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> タンパク質制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限あり	<input type="checkbox"/> 左記を守ってください	<input type="checkbox"/> 食事(エネルギー等)の変更	<input type="checkbox"/> 食事(エネルギー等)の変更	<input type="checkbox"/> 食事(エネルギー等)の変更
運動		<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適	<input type="checkbox"/> 左記を守ってください	<input type="checkbox"/> 運動の変更	<input type="checkbox"/> 運動の変更	<input type="checkbox"/> 運動の変更
薬剤		<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 左記を守ってください	<input type="checkbox"/> 薬の変更	<input type="checkbox"/> 薬の変更	<input type="checkbox"/> 薬の変更
安静度		<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり	<input type="checkbox"/> 左記を守ってください	<input type="checkbox"/> 安静度の変更	<input type="checkbox"/> 安静度の変更	<input type="checkbox"/> 安静度の変更
患者様への説明		<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 治療方針の説明 <input type="checkbox"/> 糖尿病連携パスの説明・同意	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の定期受診の説明 <input type="checkbox"/> 合併症予防のための検査について説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の経過受診について説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の経過受診について説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の経過受診について説明
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。