

栃木県・栃木県医師会  
糖尿病治療連携マニュアル

(H28.3 作成)  
— R 3.1 一部改定 —

## 目次

はじめに	… 1
資料 1 糖尿病の重症化・合併症予防のための連携図（糖尿病連携手帳の活用）	… 2
資料 2 かかりつけ医における糖尿病治療計画チェックシート	… 3

### （参考資料）

1 糖尿病連携手帳を患者に配付する際の説明書	… 4
2 糖尿病の臨床診断のフローチャート	… 5
治療目標とコントロール指標	
3 糖尿病の機能別医療機関について	… 6
4 県内の糖尿病治療を担う機能別医療機関の状況	… 7
5 栃木県統一「糖尿病医療連携クリティカルパス」について	… 8

## はじめに

平成 26 年患者調査によると、県内の糖尿病で受診している患者は 55,000 人と推定されています。一方、平成 21 年度県民健康・栄養調査では、糖尿病の治療をほとんど受けたことがない者、現在治療を受けていない者を合わせると約 4 割が現在治療を受けていないという現状にあることから、糖尿病患者の総数はおよそ 9 万人に上ると見込まれます。

糖尿病の重症化や合併症の予防には、生涯にわたって良好な血糖コントロールを保つ必要があることから、患者が糖尿病をよく理解し、治療を継続していくことが重要です。

このため県では、糖尿病治療に携わる様々な職種の代表からなる検討会を設置し、患者が治療を継続していくために必要な方策について検討を行い、「糖尿病治療連携マニュアル」を作成しました。

本マニュアルは、「糖尿病の重症化・合併症予防のための連携図（糖尿病連携手帳の活用）」及び「かかりつけ医における糖尿病治療計画チェックシート」の 2 つの資料で構成されています。

糖尿病患者が、健康な人と変わらない日常生活の質（QOL）を維持し、健康な人と変わらない寿命を保てるよう、本マニュアルをかかりつけ医療機関\*の日々の糖尿病診療の手引きとして、御活用いただけますと幸いです。

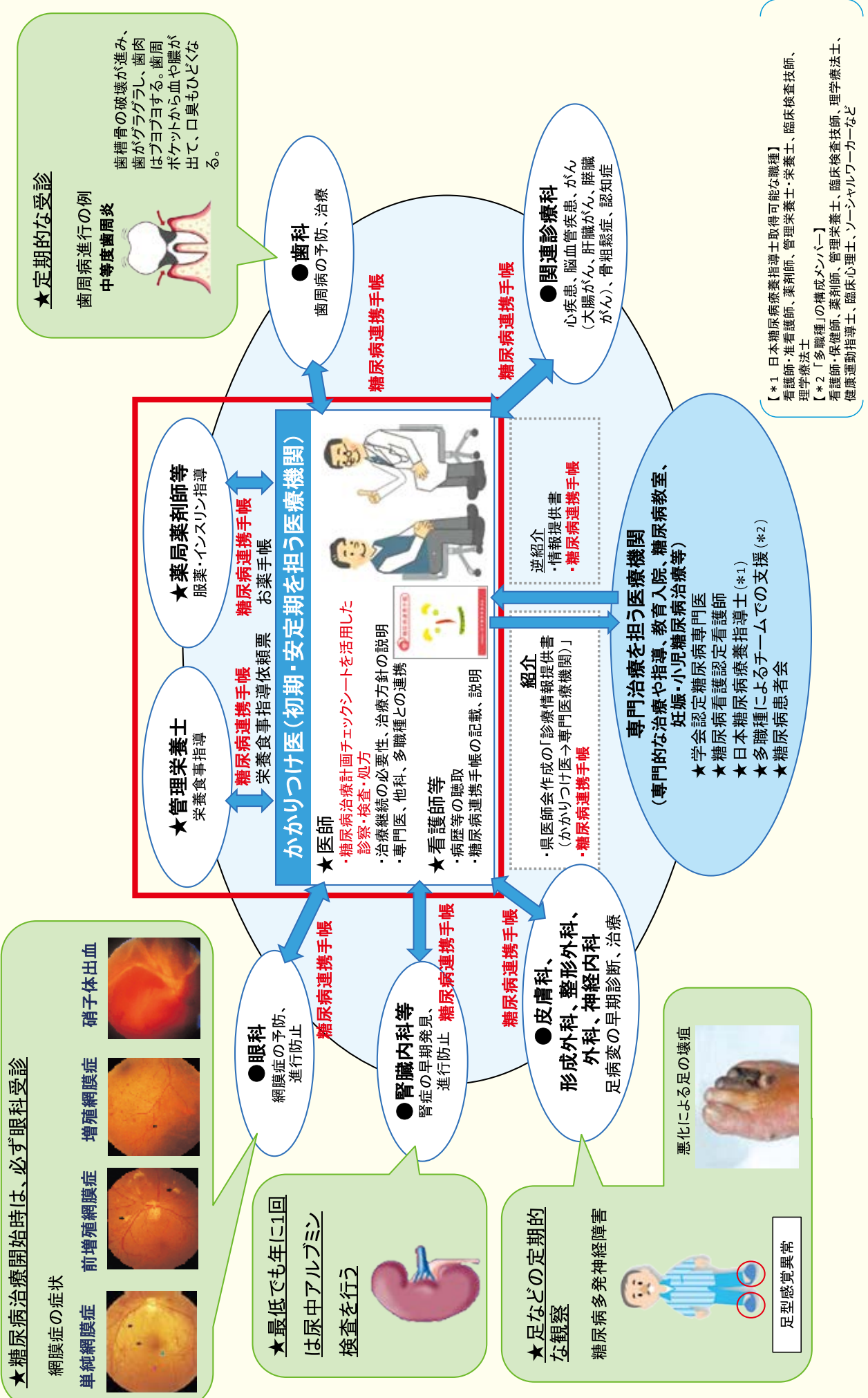
\*「かかりつけ医療機関」とは、栃木県保健医療計画(6 期計画)に基づく、糖尿病の初期・安定期治療を担う医療機関（詳細については後述）を指します。

## ●資料の使い方等

	資料名	かかりつけ医療機関での使い方の例
資料 1	糖尿病の重症化・合併症予防のための連携図(糖尿病連携手帳の活用)	糖尿病治療におけるかかりつけ医療機関と専門医療機関の連携のあり方と糖尿病合併症を図にまとめたものです。 主にかかりつけ医が糖尿病の患者に対して次のようなことを説明する際に用いることを想定しています。 ◆ 糖尿病治療の継続の必要性と合併症について ◆ 専門医療機関への受診の必要性や適切な受診時期について ◆ 糖尿病連携手帳の必要性について
資料 2	かかりつけ医における糖尿病治療計画チェックシート <記載内容> ①基本情報 ②生活指導及び薬物療法等の説明 ③重症化・合併症予防のための他医療機関との連携	糖尿病治療ガイド等を基に、糖尿病治療に関する検査項目や指導内容、他医療機関との連携のポイント等を一覧にまとめたものです。次のような使い方を想定しています。 ◆ 診療内容等の確認をするための早見表として患者ごとに作成し、診療録等に保存する。 ◆ コメディカルスタッフが糖尿病連携手帳を記載する時に説明事項や診療内容の確認として用いる。

# 糖尿病の重症化・合併症予防のための連携図

## (糖尿病連携手帳の活用)



(栃木県・栃木県医師会 H28.3作成)

資料 2

かかりつけ医における糖尿病治療計画チェックシート

●聞き取りや検査結果等について、「該当する」「実施した（実施している）」「説明や指示をした」項目に☑を入れる。本シートは糖尿病連携手帳を記載する時に、説明事項や治療内容の確認として用いる。

① 基本情報 ※糖尿病連携手帳 ※記入欄

<p>診断年月日 (H 年 月 日)</p> <p>病型 <input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 境界型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病</p>		<p>患者名</p> <p>(発行日: H )</p>	
<p>合併症</p> <p><input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性足病変</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 脂質異常症</p>		<p>既往歴・併存疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> ストロイド治療 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍</p> <p><input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 他科受診 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他</p> <p><input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> その他</p> <p><input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍</p>	
<p>身体所見</p> <p>身長測定 <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> kg</p> <p>BMI ( ) <input type="checkbox"/> 腹囲測定 <input type="checkbox"/> cm</p> <p>血圧測定 <input type="checkbox"/> mmHg / <input type="checkbox"/> mmHg</p> <p>自覚症状 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> 短期間の体重減少 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 足のしびれ感 <input type="checkbox"/> 歩行時下肢痛 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>アキレス腱反射・足の観察 <input type="checkbox"/> 低血糖</p>		<p>家族歴</p> <p><input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 他科受診 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍</p>	

② 生活指導及び薬物療法等の説明 (実施後、糖尿病連携手帳に記載)

※治療目標

1 血糖管理

定期的な検査  LDL-C  HDL-C  尿酸  尿酸値 (空腹時・随時・食後)

2 血圧管理 130/80mmHg 未満、尿蛋白 1g/日以上においては125/75mmHg 未満を目標とする。

3 脂質改善 BMI 22 の標準体重を目標とするが、肥満 (BMI ≥ 25) の人は当面は、現体重の 5% 減を目指す。達成後は 20 歳時の体重や、個人の体重変化の経過、身体活動量などを参考に目標体重を決める。25kcal/kg 標準体重から出発し、減量速度は1か月 2kg 以内とする。

4 脂質管理 LDL-C 120mg/dl 未満 (冠動脈疾患がある場合は100mg/dl 未満)、TG (トリグリセリド) 未満 (早朝空腹時)、HDL-C 40mg/dl 以上

食生活・生活習慣

栄養食事指導の実施 (実施者)  医師  管理栄養士  その他 ( )

標準体重の算出  kg  kcal

エネルギー摂取量の指示  50%  55%  60%

炭水化物比率の指示  50%  55%  60%

たんぱく質摂取量の指示  食塩摂取量の制限

飲酒習慣 (ありの場合)  指導の実施  喫煙習慣 (ありの場合)  指導の実施

エネルギー摂取量 = 標準体重 [身長 (m) × 身長 (m) × 22] × 身体活動量

身体活動量の目安

軽労作 (デスクワークが多い職業など) 25~30kcal/kg 標準体重

普通の労作 (立ち仕事が多い職業など) 30~35kcal/kg 標準体重

重い労作 (力仕事が多い職業など) 35~ kcal/kg 標準体重

③ 重症化・合併症予防のための他医療機関との連携 (糖尿病連携手帳の活用) 「糖尿病連携手帳」を用いた連携

以下の項目が1つでもあつたら、専門医・専門治療医療機関へ紹介

HbA1c 8.0%以上が2回以上または断続的に持続

頻回低血糖などコントロール不安定  インスリン導入

慢性合併症の詳細な評価・治療  悪性腫瘍の検査

治療抵抗性の高血圧症・肥満の評価・治療  糖尿病性腎症・妊娠・2次性糖尿病

糖尿病性急性合併症の出現 (糖尿病ケトアシドーシス、高血糖・低血糖による意識障害、中〜重症感染症の合併)

(専門治療医療機関で受けた事項)

糖尿病教育入院  糖尿病教室  栄養食事指導  血糖自己測定

時読血糖モニタ  フットケア  糖尿病友の会への参加

運動療法

運動習慣  運動習慣  制限  制限  制限

運動禁止・制限  運動禁止  制限  制限

指示内容  歩行  自転車・エアロバイク  ジョギング  水泳  レジスタンス運動 (筋力・筋量を増加させる運動)

その他の ( )

運動禁止・制限が必要な場合

空腹時血糖 250mg/dl 以上、尿ケトン体陽性、眼底出血、腎不全、心疾患、骨・関節疾患、急性感染症、糖尿病療養、高度の糖尿病自律神経障害

薬物療法

服薬について

薬物療法の意義  薬の種類と作用の仕方  薬の服用・使用のタイミング  副作用 (低血糖、乳酸アシドーシス、脱水、浮腫、心不全、肝機能障害、光線過敏症など)

インスリン  インスリン療法について  注射手法・保管方法  自己血糖測定方法

自己管理行動 (セルフケア行動) について

自己管理に必要な心理的受け入れ・能力・生活状況・社会的支援状況の確認

疾患・治療に対する思い  基本的日常生活動作(食事、排泄、移動、着替えなど)  基本的日常生活動作(外出や買物、食事準備、服薬、金銭管理など)  認知機能低下  運動機能  視力  視力  家族構成  支援者の有無  支援者の健康状態  経済状況

糖尿病連携手帳を用いた糖尿病教育と治療計画の説明

眼科 (糖尿病網膜症の早期発見、治療)

初診時 (治療開始時) の眼科受診  初診時 (治療開始時) の眼科受診  定期的な受診 (年1~2回)

初診時 (治療開始時) の眼科受診  初診時 (治療開始時) の眼科受診  定期的な受診 (年1~2回)

定期的な受診 (年1~2回)

糖尿病性合併症治療 (糖尿病網膜症) を担う機能別医療機関参照 (県保健医療計画に基づき県 HP で公表)

腎臓内科・泌尿器科等 (糖尿病腎症の早期発見、進展防止)

尿中アルブミン検査の実施 (1年に最低1回は実施)

尿中アルブミン排泄量 (UAE) 300 mg/gクレアチニン以上の場合、専門診療科への受診勧奨

糖尿病性合併症治療 (糖尿病腎症) を担う機能別医療機関参照 (県保健医療計画に基づき県 HP で公表)

皮膚科・形成外科・整形外科・神経内科 (糖尿病神経障害、足病変の早期診断、治療)

定期的な観察  足病変  筋萎縮  神経障害  白癬  足の潰瘍  ( ) 科への受診勧奨

糖尿病性合併症治療 (糖尿病神経障害) を担う機能別医療機関参照 (県保健医療計画に基づき県 HP で公表)

歯科診療所 (歯周病の予防、治療)

定期的な観察  口臭  歯ぐきのぐらつき  歯肉の腫脹  歯肉の出血  歯科への受診勧奨

栃木県・栃木県医師会 (H28.3作成)

## 糖尿病連携手帳を患者に配付する際の説明書(A4 用紙)

患者に糖尿病治療連携手帳を持つメリットを説明するとともに、常に糖尿病連携手帳を携帯するよう促す際に御活用ください。

# 糖尿病治療を受けている方へ

## 糖尿病連携手帳を携帯しましょう。

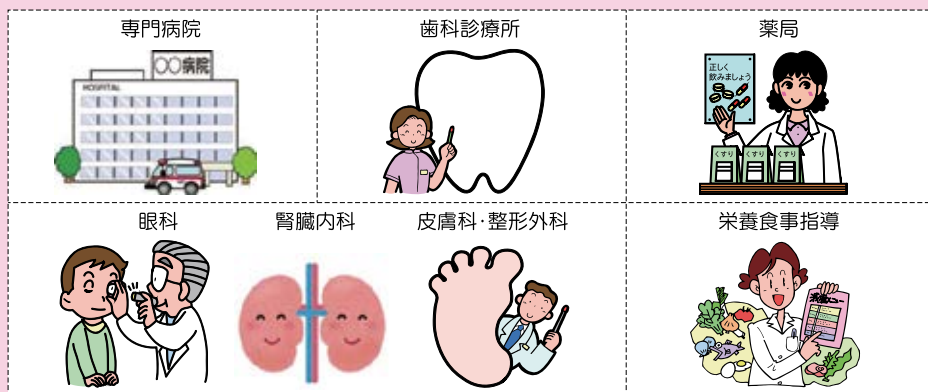
糖尿病連携手帳は、糖尿病やその合併症等の適切な治療を継続的に受けるために必要です。



### 糖尿病連携手帳にはこのようなメリットがあります。

- ◆検査結果や治療方針、治療の経過等が分かります。
- ◆眼科や歯科等受診の際や災害等の非常時などにも、糖尿病の状態に応じた適切な治療が受けられます。

かかりつけ医以外のこのような場所でも糖尿病連携手帳を提示してください。

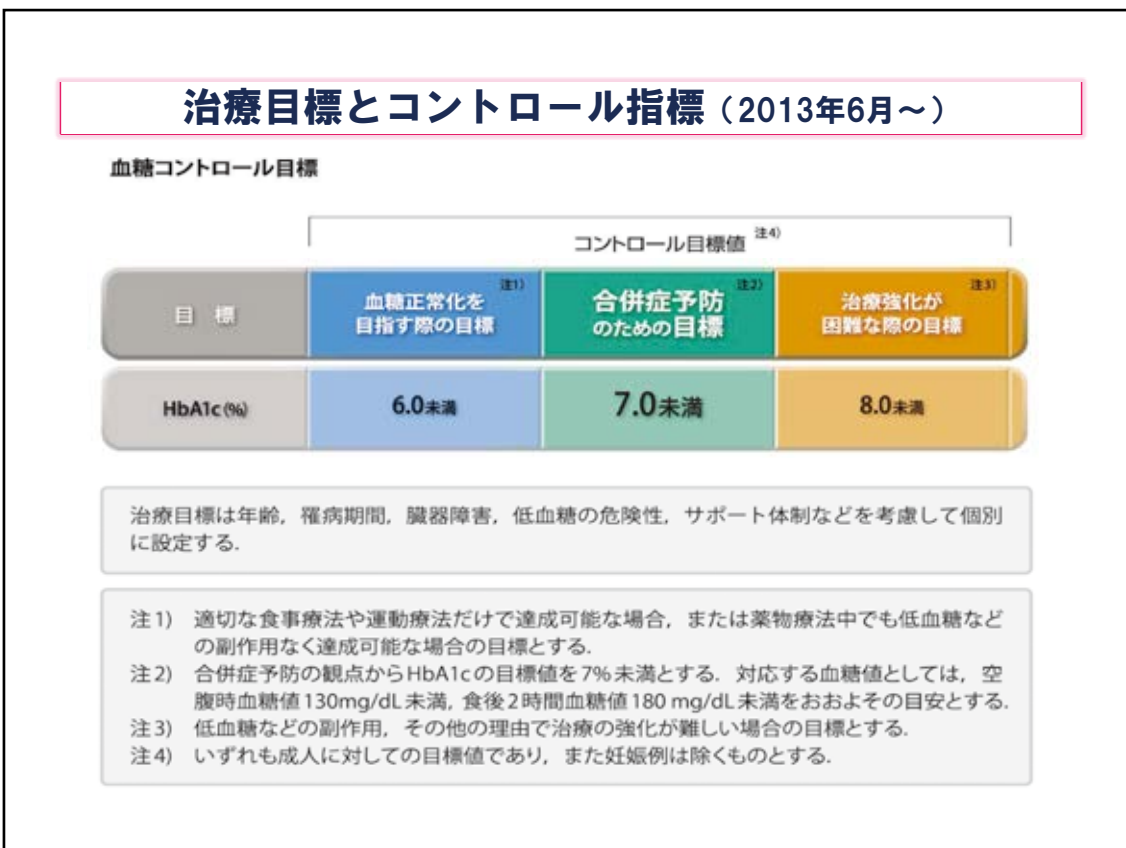
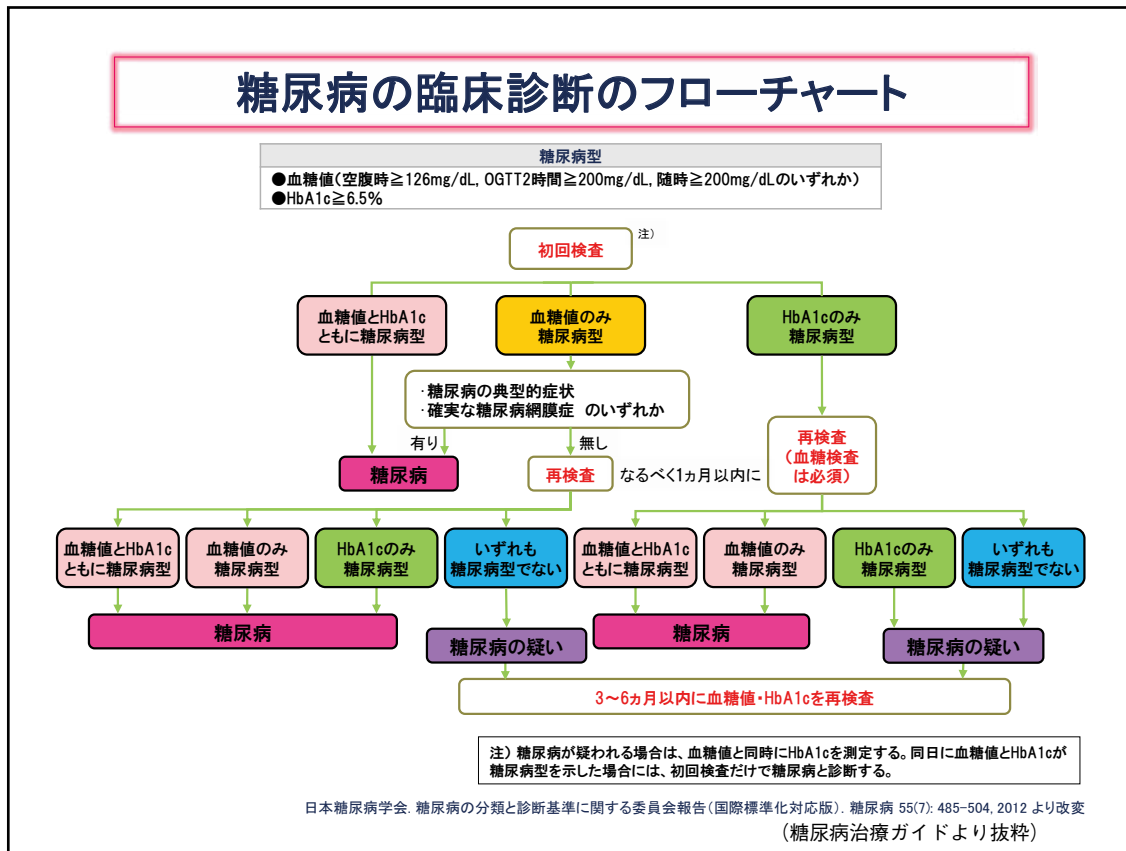


栃木県・栃木県医師会・栃木県病院協会・栃木県歯科医師会・栃木県薬剤師会・栃木県看護協会  
栃木県栄養士会・日本糖尿病協会栃木県支部・栃木県糖尿病予防推進協議会



## 参考資料 2

糖尿病の診療に御活用ください。

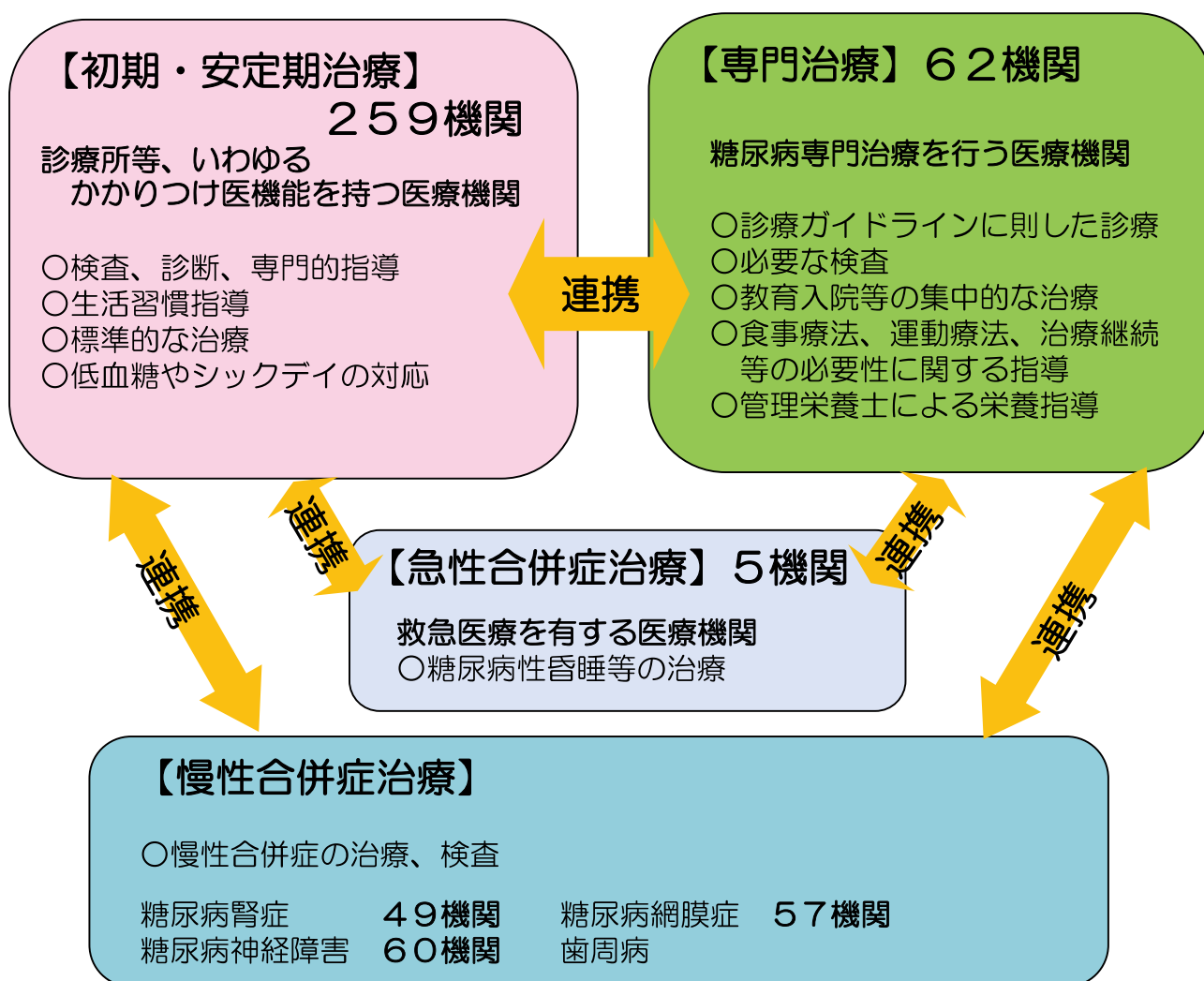


## 糖尿病の機能別医療機関について

県では、栃木県保健医療計画（7期計画）に基づき、県民が必要とする医療が地域において切れ目なく適切に提供される医療連携体制の構築を進めています。

医療連携を促進するためには、各医療機関が担う医療機能（役割）を明確にする必要があります。このため、糖尿病については、病期に応じた医療機能を次のとおり定め、その機能を担う上で必要な要件（選定要件）を満たす医療機関を「機能別医療機関」としています。

### 糖尿病治療を担う機能別医療機関の機能分担と 主な選定要件



（医療機関数はR2.3現在）



## 県内の糖尿病治療を担う機能別医療機関の状況(R2.3現在)

医療機関の機能分担について県民及び各医療機関の理解を促進するため、栃木県保健医療計画（7期計画）別冊として、県ホームページで公表しています。

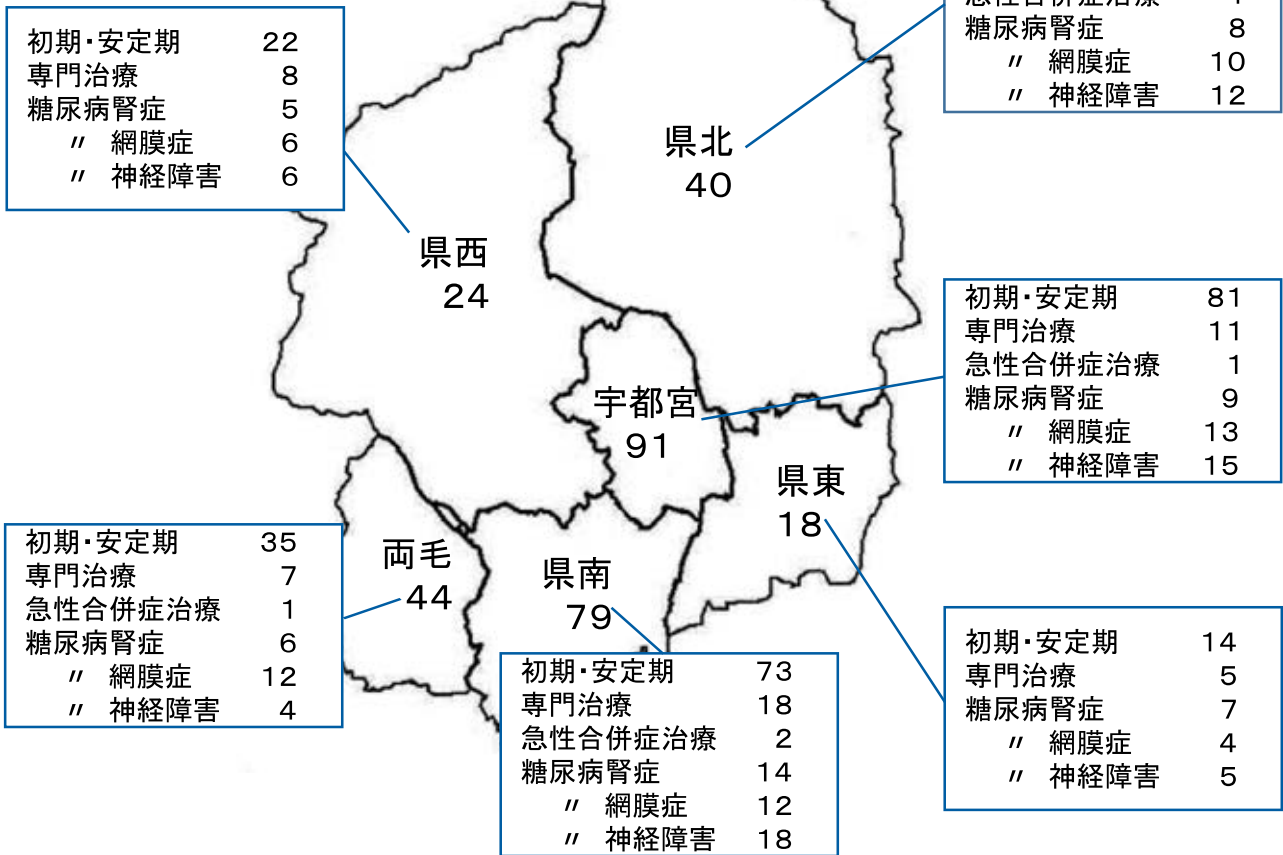
県ホームページ→栃木県保健医療計画（7期計画）→機能別医療機関（糖尿病）

<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/pref/keikaku/bumon/hokeniryoku7.html>

栃木県 機能別医療機関

検索

### 医療圏ごとの機能別医療機関数



### \* 機能別医療機関現況調査

機能別医療機関における診療及び連携の実績を明らかにすることを目的とし、平成21年度から毎年実施しています。また結果についてHPで公表しています。

[http://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/seikatu\\_syukan/genkyo\\_tyosa\\_kekka.html](http://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/seikatu_syukan/genkyo_tyosa_kekka.html)

栃木県 機能別医療機関 現況調査

検索

機能分担	主な調査項目
初期・安定期	・専門医療機関、慢性合併症治療機関との連携状況 ・治療実績 ・患者の状況
専門治療	・人員配置 ・患者指導状況 ・医療連携状況 ・糖尿病患者会状況
急性合併症	・急性合併症治療症例数
合併症(糖尿病腎症)	・人員配置 ・透析の状況
合併症(糖尿病網膜症)	・網膜症症例数
合併症(糖尿病神経障害)	・神経障害症例数 ・糖尿病合併管理料算定状況 ・人員配置

平成25年3月

医療機関各位

栃木県医師会 会長 太田 照 男  
糖尿病パス部会 委員長 長 島 公 之

### 栃木県統一の糖尿病医療連携クリティカルパス

#### 『糖尿病連携手帳』ご活用のお願ひ

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、糖尿病の患者数は年々増加しており、糖尿病を専門とする医師（医療機関）だけでは物理的に診きれない状況になりつつあります。こうしたことを背景に、栃木県医師会では平成23年度に県内統一の『糖尿病医療連携クリティカルパス（以下「連携パス」という）』を作成いたしました。

この連携パスは、病院のコントロール良好な患者を診療所へ、あるいは診療所のコントロール不良な患者を病院へ送る形でスタートし、比較的コントロールの良い患者については診療所が管理を行い、コントロール悪化の際やそうでなくても半年に1度程度は専門医療機関で検査や治療を受ける。また、血糖のコントロールだけではなく、内科と眼科、さらに病診だけではなく診診も含め、専門医、かかりつけ医、そして患者がデータを共有しながら連携できるツールとして作成いたしました。

連携パスの最も大きな狙いは、患者により良い医療を提供すると同時に、専門医の負担を軽減することです。そのためにはかかりつけ医のレベルアップも必要で、例えば、投薬変更が必要な際などは適切に対応できることが求められます。患者に説明し、納得を得るといふかなり高いハードルがありますが、連携がうまく行けば三者にとってのメリットは大きく、それこそが連携パスの意義に繋がります。

なお、平成23年度に作成した連携パスは診療情報提供書として活用いただけますが、日本糖尿病協会作成の『糖尿病連携手帳』と重複して記載しなければならない箇所もありましたので、出来るだけ医療機関の負担を軽減するため、今般、日本糖尿病協会の了解を得て、同会作成の『糖尿病連携手帳』を栃木県統一の連携パスと位置付けることといたしました。

つきましては、具体的な運用方法や連携パスの記載方法を別紙「運用にあたって」にお示しいたしますので、出来るだけ多くの医療機関にこの連携パスのご活用をお願い申し上げます。

敬具

# 栃木県統一「糖尿病医療連携クリティカルパス」の運用にあたって

## 【1】要点

栃木県統一「糖尿病医療連携クリティカルパス」(以下「連携パス」と略)として、日本糖尿病協会編の糖尿病連携手帳(以下「連携手帳」と略)を用いる。

連携手帳の内容に従って、医療機関での診察や検査を行い、数ヶ月間先までの診察・検査の予定日を連携手帳に記載することで、連携手帳を診療計画表として活用し、患者、専門医療機関、かかりつけ医の三者が、「いつ」、「どこで」、「何を」行うかという情報を共有できるようにする。

日本糖尿病協会編の糖尿病連携手帳の詳細な説明は以下を参照。

[http://www.nittokyo.or.jp/ryouyougoods\\_handbook.html](http://www.nittokyo.or.jp/ryouyougoods_handbook.html)

## 【2】連携パスでの「専門医療機関」および「かかりつけ医」とは

栃木県では、「糖尿病の治療機能を担う医療機関」のリストを「とちぎ医療情報ネット」(<http://www.qq.pref.tochigi.jp/>)にて、手挙げ方式で、以下の4つの機能別に区分して、公表している。

- ① 初期・安定期の治療を行ういわゆるかかりつけ医療機関
- ② 専門治療を行う入院施設を有する医療機関
- ③ 急性合併症の治療が可能な救急医療機関
- ④ 慢性合併症(網膜症、腎症、神経障害)の専門治療が可能な医療機関

この4区分のうち、連携パスでの「かかりつけ医」とは①の医療機関、「専門医療機関」は、②③④の医療機関のことを示す。また、連携パスの「専門医」とは、学会認定専門医に加え、内分泌科や代謝科等にて十分な研修をした経験のある医師と位置づけている。

まだ、上記の医療機関リストに手挙げをしていない医療機関においても、是非、本連携パスをご活用頂きたいので、ご希望、ご質問があれば、県医師会(028-622-2655:クリティカルパス担当)までご連絡下さい。

## 【3】全体の流れ

「かかりつけ医」は、糖尿病と初めて診断された患者や、治療を続けても血糖のコントロールが不良である患者を「専門医療機関」に紹介する。

「専門医療機関」は、糖尿病教育・合併症精査・治療方針の決定などを行う。

「専門医療機関」は、「かかりつけ医」から紹介された患者や、自施設で治療中の患者の中で、「かかりつけ医」でのコントロールが可能であると判断した患者を「かかりつけ医」に紹介する。

以後、「かかりつけ医」は毎月の診察、検査、処方を行い、「専門医療機関」は、一

定の間隔(数か月～1年)で栄養指導や合併症精査、糖尿病教育を行う。

「かかりつけ医」は、血糖コントロールの悪化やその他必要がある場合、決められた期日を待たずに、「専門医療機関」での診察を勧める。

医療機関で行う診察・検査は、連携手帳の内容に従い、可能な範囲で、できるだけ行う。

#### 【4】連携手帳・診療情報提供書の記載方法

※連携手帳は、協賛企業(製薬会社)が無償で配布していますので、各自でお取り寄せ下さい。

(原則)

- ◇ 医師の負担を減らすために、情報の記載は、他の医療者(医療秘書、看護師、栄養士、薬剤師など)にも積極的に協力してもらい、医療機関全体での支援をお願いする。
- ◇ 連携手帳の紛失・災害での喪失の可能性も考え、医療機関で、適宜、コピーや電子化して保存するなどして、バックアップをとる。
- ◇ 患者へ連携手帳の重要性を十分に教育し、紛失や受診時の持参忘れがないようにする。

##### (1) 「かかりつけ医」から「専門医療機関」へ初めて紹介する場合

栃木県医師会作成の「診療情報提供書(かかりつけ医→専門医療機関)」(別紙)を用いる。同様の内容が記載してあれば、各医療機関の情報提供書でも構わない。

※従来の情報提供書からの変更点

- ・HbA1c(JDS 値)を、HbA1c(NGSP 値)に変更(2カ所)
- ・「平成25年改訂版」の文言を追加

##### (2) 「専門医療機関」から「かかりつけ医」へ初めて紹介する場合

- ① パス専用の書式は使わず、各医療機関の情報提供書を使用する。
- ② 従来の「専門医療機関」から「かかりつけ医」への情報提供書に記載していた糖尿病の状態や検査結果などの情報は、連携手帳のP32-33(糖尿病教育入院)に記載する。
- ③ 療養指導内容を、連携手帳のP26-31(療養指導報告書)に記載する。
- ④ 上記と同様の内容が記載してあれば、電子カルテからのプリントアウトなどでも良いが、連携手帳に貼ることとする。

##### (3) 以後の「専門医療機関」と「かかりつけ医」の連携

- ① 情報は、連携手帳の該当するページに記載する。
- ② 診察・検査予定日を記載する(連携手帳のP14 検査結果のページ)(別掲の図)
  - ▽専門医療機関：数ヶ月から1年後の再診予定日を上端余白に記載する。
  - ▽かかりつけ医：検査日の欄に、専門医療機関再診までの予定日を鉛筆で記載する。

<b>〇〇病院再診：25年9月20日</b>				
<b>検査結果</b>	1日の食事 指示内容	総エネルギー量： kcal/日		炭水化物： g
		蛋白質量： g/kg標準体重		食塩相当量： g未満
	検査日	4/20	5/18	6月中旬
	施設 (P.9の記号を記入する)			
	体重(kg)			
血压(mmHg)	/	/	/	/
	空腹時			

**専門医  
半年後の再診予定日**

**かかりつけ医  
毎月の検査予定日を  
鉛筆で記入**

#### (4) 眼科など他の診療科・医療機関との連携

- ① 診療情報提供書は、医療機関のものを用いるが、必ず、患者に連携手帳を持参してもらう。
- ② 眼科、など他科の診察・検査結果は、連携手帳の「検査結果」右側のページに記載してもらう

#### (5) 補助的閲覧手段としての「とちまるネット」活用

紙の「連携手帳」だけで連携パスの運用は可能である。しかし、連携手帳は、紛失、持参忘れ、手帳の更新により、内容を見ることが出来なくなる可能性がある。その場合、ネットワークを通じて、医療機関の情報を閲覧出来るシステムである「とちまるネット」は、補助的な情報閲覧手段として有用であると考えられるので、とちまるネットに参加して活用することを推奨する。

とちまるネットについての説明

<http://www.tochigi-med.or.jp/medic/tochimarunet.html>

# 診療情報提供書 (かかりつけ医→専門医療機関)

(パスで依頼の際には事前に連携室あるいは外来受付に電話予約を)

依頼先	(医院・病院)	科	先生 侍史
患者氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日生	歳 / 職業 :
病名	糖尿病 <input type="checkbox"/> 1型 ・ <input type="checkbox"/> 2型 ・ <input type="checkbox"/> 他 ( ) )		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール(HbA1C(NGSP値) 8.0%以上) <input type="checkbox"/> 初期治療及び教育 <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 合併症チェック・治療 <input type="checkbox"/> 急性合併症 <input type="checkbox"/> 他 ( ) <input type="checkbox"/> 外来希望 <input type="checkbox"/> 入院希望 ( <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍チェック )		
他合併症	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
家族歴等	家族歴 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 無 / 既往歴等 ( ) / タバコ ( 本 / 日 ) アルコール ( : / 日 ) / 薬アレルギー ( ) / 他 ( )		
現病歴	初診日 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 / 推定発症時期 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年頃 / 経口薬開始 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年頃		
経過概要	インスリン開始 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年頃 / 治療中断 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) / 以下概要		

食事等	食事 kcal/日 / 身長 cm / 体重 kg / BMI / 腹囲 cm / 血圧 mmHg
最近のデータ	HbA1c(NGSP値) % / 空腹時血糖 mg/dl / 随時血糖 mg/dl / 尿蛋白定性 <input type="checkbox"/> - ・ <input type="checkbox"/> ± ・ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ 以上 クレアチン mg/dl / eGFR ml/min / 尿アルブミン mg/gCr

## 他検査

現在の処方	/ / /
	/ / /
	/ / /

備考 逆紹介希望 (  有 ・  無 ) 他 ( )

	依頼元	医院
平成 年 月 日	TEL	— —
	FAX	— —
	医師	

(\*必要な項目を記入してください)



## 糖尿病治療連携マニュアル等作成検討会議委員

氏名	所属・役職	職種
◎滝田純子	栃木県医師会常任理事	医師
齋藤公司	宇都宮市医師会副会長	医師
高田良久	下都賀郡市医師会副会長	糖尿病専門医
植原雅章	栃木県歯科医師会理事	歯科医師
廣田孝之	栃木県薬剤師会常務理事	薬剤師
相馬幸子	栃木県看護協会 (那須赤十字病院看護部)	糖尿病看護認定看護師
糸まり子	栃木県栄養士会会長	栄養士
生沼卓	日本運動指導士会栃木県支部長	健康運動指導士

◎委員長