

## 千葉県共用糖尿病地域医療連携パス (診療経過表) (案)

<b>患者氏名</b>		<b>年齢 性別</b>	M S T H	年 月 日 ( 歳 )	男 ・ 女
<b>職 業</b>		<b>身長 体重等</b>	cm	kg (標準体重)	kg) BMI

<b>アレルギー歴 ・ 禁忌薬</b>		<b>専門施設外来予約 連絡先</b>	
		<b>専門医施設主治医 連絡先</b>	
		<b>かかりつけ医 連絡先</b>	

専 門 医 受 診 時 情 報						
受診日	年	月	日	既往症		
発症日	年	月	日			
病 型	1型	2型	その他			
HbA1c(%)						
血糖値 (mg/dl)	空腹時					
	食 後					
75gOGTT	空腹時	30分	60分			120分
血糖値 (mg/dl)						
インスリン(μ U/ml)						

紹 介 時 情 報												
紹介日	年	月	日					網膜症	なし	SDR	PPDR	PDR
体重 (kg)				腎 症	なし	2期	3A期	3B期	4期			
BMI				動脈硬化	なし	狭心症	心筋梗塞	脳卒中				
HbA1c(%)	5	6	7	8	9	10	神経障害	なし	あり( )			
血糖値 (mg/dl)				歯周病の既往	なし	あり( )						
				その他合併症	なし	あり( )						

紹 介 目 的

治 療 方 針

専 門 医	(経過期間は目安)	経過 (年/月/日)	/ / 月	/ / 月	/ / 月	/ / 月	/ / 月	/ / 月
	合併症判断のための定期的検査の項目は例示であり患者の状態や連携機関との役割分担に応じて項目を設定してください。	専門医による合併症判断のための定期的検査(例)			ECG・CVRR PWV(r/l)・ABI(r/l) 頸動脈エコー 眼底検査			

連 携 先 医 療 施 設	定期外の紹介基準 (小バリエーション)	日付 (年/月/日)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /		
	(例) 体重の変動： 1ヶ月1kg以上の増加か減少 *浮腫を確かめること  予定手術 ステロイド投与  血糖コントロール不良 HbA1cが8%以上が2回以上 続く又は1回以上のHbA1c の上昇 空腹時血糖 > 160mg/dL 食後2時間血糖 > 220mg/dL 又は随時血糖 > 300mg/dL 繰り返す低血糖発作  腎症の進行・悪化 微量アルブミン尿： 30mg/g・cre超が2回連続 尿蛋白陽性化が、2回連続 eGFRが50ml/min/1.73m <sup>2</sup> 未満  合併症の定期的な検査を 怠らないことが肝要です	診 察	体重 (kg)							
			BMI							
		検査 (*印は適宜実施)	血糖 (空腹時)							
				血糖 (食後)						
			HbA1c (%)							
			LDL-C* (mg/dl)							
			HDL-C* (mg/dl)							
			TG* (mg/dl)							
			尿蛋白							
尿中アルブミン*										
血清クレアチニン (mg/dl)										
胸部XP*										
ECG*										
薬 剤	経口糖尿病薬									
	インスリン									
緊急時の紹介基準 (バリエーション)	食事・ 運動確認	確認 確認	確認 確認	確認 確認	確認 確認	確認 確認	確認 確認			
(例) 空腹時血糖 > 300mg/dL 随時血糖 > 350mg/dL 視力低下 糖尿病昏睡 (低血糖昏睡を含む) 重症感染症	特記事項 (経過記録)									
	署名									

眼科受診情報 (連絡先: )	日付 (年/月/日)	/ /	/ /	/ /
	眼底 視力 (右/左)	・( / )	・( / )	・( / )
歯科受診情報 (連絡先: )	日付 (年/月/日)	/ /	/ /	/ /
	歯肉出血・その他	+ - ( )	+ - ( )	+ - ( )

専 門 医	(経過期間は目安)	経過 (年/月/日)	/ / 月	/ / 月	/ / 月	/ / 月	/ / 月	/ / 月
	合併症判断のための定期的検査の項目は例示であり患者の状態や連携機関との役割分担に応じて項目を設定してください。	専門医による合併症判断のための定期的検査(例)			ECG・CVRR PWV(r/l)・ABI(r/l) 頸動脈エコー 眼底検査			

連 携 先 医 療 施 設	定期外の紹介基準 (小バリエーション)	日付 (年/月/日)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /		
	(例) 体重の変動： 1ヶ月1kg以上の増加か減少 *浮腫を確かめること  予定手術 ステロイド投与  血糖コントロール不良 HbA1cが8%以上が2回以上 続く又は1回以上のHbA1c の上昇 空腹時血糖 > 160mg/dL 食後2時間血糖 > 220mg/dL 又は随時血糖 > 300mg/dL 繰り返す低血糖発作  腎症の進行・悪化 微量アルブミン尿： 30mg/g・cre超が2回連続 尿蛋白陽性化が、2回連続 eGFRが50ml/min/1.73m <sup>2</sup> 未満  合併症の定期的な検査を 怠らないことが肝要です	診 察	体重 (kg)							
			BMI							
		検査 (*印は適宜実施)	血糖 (空腹時)							
				血糖 (食後)						
			HbA1c (%)							
			LDL-C* (mg/dl)							
			HDL-C* (mg/dl)							
			TG* (mg/dl)							
			尿蛋白							
尿中アルブミン*										
血清クレアチニン (mg/dl)										
胸部XP*										
ECG*										
薬 剤	経口糖尿病薬									
	インスリン									
緊急時の紹介基準 (バリエーション)	食事・運動確認	確認 確認	確認 確認	確認 確認	確認 確認	確認 確認	確認 確認			
(例) 空腹時血糖 > 300mg/dL 随時血糖 > 350mg/dL 視力低下 糖尿病昏睡 (低血糖昏睡を含む) 重症感染症	特記事項 (経過記録)									
	署名									

眼科受診情報 (連絡先: )	日付 (年/月/日)	/ /	/ /	/ /
	眼底 視力 (右/左)	・( / )	・( / )	・( / )
歯科受診情報 (連絡先: )	日付 (年/月/日)	/ /	/ /	/ /
	歯肉出血・その他	+ - ( )	+ - ( )	+ - ( )