

# 糖尿病連携パス(依頼・報告) 様式①

紹介先医療機関名

( ) 病院  
( ) 医院・診療所

紹介元医療機関

所在地  
名称  
電話番号

担当医 \_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_殿 医師氏名

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 ( 男 ・ 女 )

生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 1. 紹介目的

### 糖尿病

- 外来糖尿病教室       栄養指導       教育入院  
 血糖コントロール( インスリン導入 / 切替 )       合併症検査

## 2. 現病歴(ご記入頂ける範囲でご記入下さい)

アレルギー要因( 有 ・ 無 )

糖尿病診断時期 : \_\_\_\_\_歳頃( 昭和 ・ 平成\_\_\_\_年頃)      身長\_\_\_\_\_cm      体重\_\_\_\_\_kg

その他の治療経過の概要 :

患者背景 : 家族構成\_\_\_\_\_, 職業\_\_\_\_\_, その他 ( 認知症など ) \_\_\_\_\_.

現在の治療方針: 糖尿病食 \_\_\_\_\_キロカロリー      薬物療法 ( 有 ・ 無 )

現在の血糖コントロール状況 ( \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日採血)

HbA1c : \_\_\_\_\_%      空腹時血糖 : \_\_\_\_\_mg/dL      食後\_\_\_\_時間血糖 : \_\_\_\_\_mg/dL

その他の検査結果 : TC \_\_\_\_\_mg/dL      TG \_\_\_\_\_mg/dL      HDL-C \_\_\_\_\_mg/dL      LDL-C \_\_\_\_\_mg/dL

## 3. 現在の処方

糖尿病薬	別記( )	その他の薬	□( )			
ダオニール(1.25mg 2.5mg)	錠/日	インスリン療法				
オイグルコン(1.25mg 2.5mg)	錠/日	商品名	朝	昼	夕	就寝前
アマリール(1mg 3mg)	錠/日	( )	( )	( )	( )	( )
グリミクロン(20mg 40mg)	錠/日	( )	( )	( )	( )	( )
スターシス(30mg 90mg)	錠/日	( )	( )	( )	( )	( )
ファステック(30mg 90mg)	錠/日	( )	( )	( )	( )	( )
グルファスト(5mg 10mg)	錠/日	( )	( )	( )	( )	( )
メトホルミン(250mg)	錠/日	降圧剤	有	( )		
ブホルミン(50mg)	錠/日					
ベイスン(0.2mg 0.3mg)	錠/日					
セイブル(50mg 75mg)	錠/日	高脂血症薬	有	( )		
グルコバイ(50mg 100mg)	錠/日					
アクトス(15mg)	錠/日	抗血小板療法	有	( )		

## 4. 依頼事項

## 糖尿病連携パス(依頼・報告) 様式②

紹介先医療機関名

紹介元医療機関

所在地

名称 ( ) 病院

電話番号 ( ) 医院・診療所

医師名 担当医 \_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_殿

フリガナ

患者氏名 性別 ( 男 ・ 女 )

生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 1. 診断

- |                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1型糖尿病 | <input type="checkbox"/> その他の原因      |
| <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 | <input type="checkbox"/> 境界型 IGT IFG |
| <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 |                                      |

### 2. 検査内容

現在の血糖コントロール状況 ( \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日採血)

HbA1c : \_\_\_\_\_% 空腹時血糖 : \_\_\_\_\_mg/dL 食後\_\_\_\_\_時間血糖 : \_\_\_\_\_mg/dL

インスリン分泌 血中CPR ng/mL IRI U/mL 尿中CPR  $\mu$ g/日

インスリン抵抗性 HOMA-IR

微量アルブミン mg/日 尿タンパク g/日 音叉(振動覚 右\_\_\_\_\_秒 左\_\_\_\_\_秒)

Max IMT 右\_\_\_\_\_mm 左\_\_\_\_\_mm IMT 右\_\_\_\_\_mm 左\_\_\_\_\_mm

PWV 右 \_\_\_\_\_cm/s 左 \_\_\_\_\_cm/s ABI 右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_

### 3. 合併症

糖尿病慢性合併症

網膜症(NDR SDR pPDR PDR) 腎症( 1 2 3a 3b 4 5 ) 神経障害( - + )

虚血性心疾患( - + ) 脳血管障害( - + ) 閉塞性動脈硬化症( - + )

その他の合併症

高血圧( - + ) 脂質異常( - + ) その他( )

### 4. 指示エネルギー

\_\_\_\_\_Kcal ( 塩分 \_\_\_\_\_g/日 蛋白制限 \_\_\_\_\_g/日 )

### 5. 教育入院

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 6. フォローアップ・指示事項

### 7. 現在の処方