

患者用

糖尿病連携手帳第4版 を活用しましょう。



公益社団法人 日本糖尿病協会
糖尿病連携手帳

【作成】

中津川・恵那地域

糖尿病性腎症重症化予防プログラム
連携会議

(事務局: 岐阜県恵那保健所)

R3年7月



第4版

日糖協公認マスコットキャラクター
「マルくん」

※氏名を記入しましょう

氏名

なかつ けんぱち

基本情報

治療に必要な情報となりますので、記入しておきましょう。

● 基本情報

フリガナ	ナカツ ケンパチ
■氏名	中津 健八
■生年月日	昭和 30 年 10 月 12 日 男 女
■住所	(〒508 - 8790) 中津川市かやの木町2番5号
TEL :	0573 (66) 1111
■勤務先	●●事務所
TEL :	()
■緊急連絡先/続柄 (妻)	中津 えな
TEL :	0573 (66) 1111

記載日	令和 2年 6 月 18日	記載者	中津 健八		
身長	170 cm	体重	60.5 kg	BMI	20.9
過去最大体重	75kg(50才頃)	20才頃の体重	58 kg	ウエスト周長	90.5 cm
飲酒	飲まない ・ 飲む (毎日 1合未満)				
喫煙	吸わない ・ 吸っていた ・ 吸う (15 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	高血圧症(40歳～) 高尿酸血症(52歳～)				
薬剤特記事項					
家族の病歴	糖尿病 なし・ あり (父 ・ 妹)				
	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				

かかりつけ情報

かかりつけ情報を記入しておきましょう。

■かかりつけ医 (連携パスの使用/ なし ・ あり)	
医療機関: ●● 医院	主治医: ●● 医師
住所: 中津川市かやの木町2番5号	
TEL: 0573 (66) 1111	
■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: ■■ 歯科医院	主治医: ▲▲ 医師
住所: 恵那市長島町正家2番1号	
TEL: 0573 (26) 1111	
■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: ()	

■住 宅 医 (連携パスの使用/ なし ・ あり)	
住所:	
TEL: ()	
■担当ケアマネージャー (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)	
住所:	
TEL: ()	
■ (連携パスの使用/ なし ・ あり)	
住所:	
TEL: ()	
■ (連携パスの使用/ なし ・ あり)	
住所:	
TEL: ()	

検査結果

検査結果を記入し、体の状態を確認しましょう。

検査結果

検査日	R2 / 6 / 18	/ /	
施設	●●医院		
体重 (kg)	60.5		
血圧 (mmHg)	148 / 90	/	
血糖値 (mg/dL)	空腹時・食後 90 分	空腹時・食後 分	
	126		
HbA1c (%)	7.2		
肝臓	AST/ALT	25 / 15	/
	γ-GTP	20	
脂質	LDL-C/HDL-C	158 / 48	/
	中性脂肪	152	
腎臓	eGFR	53.0	
	クレアチニン	1.06	
	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。

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〕			

●歯科・眼科の検査結果記入欄はP16-19にあります。

眼科・歯科

- ・糖尿病の重症化を確認するためにも定期的に受診しましょう。
- ・受付の際、手帳を提出し、現在の状況を記入してもらいましょう。

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	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	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・問題有り	咀嚼力	問題なし・問題有り
	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		

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	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	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		

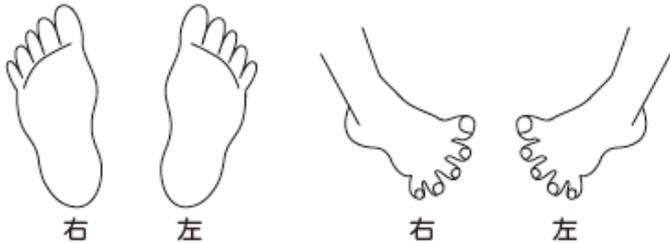
歯科	施設		施設	
	歯科医師		歯科医師	
	検査日	/ /	検査日	/ /
	歯周病	なし・軽・中・重	歯周病	なし・軽・中・重
	口腔清掃	良・普通・不十分	口腔清掃	良・普通・不十分
	出血	なし・時々・あり	出血	なし・時々・あり
	口腔乾燥	なし・あり	口腔乾燥	なし・あり
	咀嚼力	問題なし・問題有り	咀嚼力	問題なし・問題有り
	現在歯	()歯	現在歯	()歯
	インプラント	なし・あり	インプラント	なし・あり
	義歯・ブリッジ	なし・あり	義歯・ブリッジ	なし・あり
	所見の変化	改善・なし・悪化	所見の変化	改善・なし・悪化
	次回受診	ヶ月後	次回受診	ヶ月後
備考		備考		

眼科・歯科

関連検査

糖尿病の重症化を確認するために、定期的に関連検査を受けましょう。

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()
 <p>右 左 右 左</p> <p>しびれ () 冷感 () 変色 () 白癬 ()</p>		

関連検査

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

検査計画

- ・定期的に検査を受けているか確認しましょう。
- ・1年に1回、健診を受けましょう。

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													

年

検査計画

検査計画	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	次回予定
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													

