

糖尿病連携手帳 第4版 の活用方法

2020年4月に日本糖尿病協会より糖尿病連携手帳第4版が発行されました。今後も糖尿病性腎症重症化予防のために「糖尿病連携手帳」を

- ◆患者自身の健康管理のツールとして
- ◆診療等における地域連携のツールとして

周知、普及を図っていきます。関係機関の皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

《 発行方法 》

発行者	発行方法
①医療機関	糖尿病と診断された患者に対し、診断時に発行
②各保健センター等	特定健診受診者のうち「岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」における受診勧奨対象者に受診勧奨する際に発行

《 各関係機関へお願いしたい事項 》

- 糖尿病患者さんに「糖尿病連携手帳」の提出を求め、手帳に記載してある情報を共有します。各機関で実施した療養指導等の内容を手帳に記載していただくか、結果を患者さんに渡し、患者自身が記入するようにご指導ください。

ページ	項目	番号	
	表紙		氏名欄が新設されました。
P4	基本情報	①	診断名・診断日など、記入をお願いします。
		②	薬剤特記情報があれば記入をお願いします。
		③	指示カロリー、炭水化物、たんぱく質量、食塩相当量など、指示がある場合にご記入ください。
P6 ～7	かかりつけ情報	④	各機関の連携をスムーズにするため担当者名をご記入ください。
P8 ～15	検査結果	⑤	可能であれば検査結果の記入をお願いします。または、検査データを患者さんに渡していただき、自身で記入するようご指導ください。
		⑥	・治療・指導のポイントを、患者さん本人、または関係機関と共有するためにご活用ください。 ・市の保健師・栄養士が指導した場合も、こちらに記入します。
P16 ～19	眼科・ 歯科	⑦	診察結果の記入、次回受診についてご記入ください。 診察結果の記入は、年に1回、または、変化があった時には必ずご記入ください。
P20 ～23	関連検査	⑧	定期的実施する関連検査結果についてご記入ください。
P24 ～25	検査計画	⑨	定期的実施する関連検査の年間計画に活用ください。
P34 ～35	連携自由 記載欄	⑩	検査結果以外で、本人や各機関が情報共有しておく必要があることなどをご記入ください。

関係者用

2020年4月、 糖尿病連携手帳第4版 が発行されました。

公益社団法人 **日本糖尿病協会**

【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



公益社団法人 **日本糖尿病協会**
糖尿病連携手帳



日糖協公認マスコットキャラクター
「マールくん」

氏名

基本情報

①、②、③について記入をお願いします。
上記以外は患者さん自身で記入するようお願いください。

● 基本情報

フリガナ	
■氏名	
■生年月日	
年	月 日 男女
■住所	
(〒 -)	
TEL : ()	
■勤務先	
TEL : ()	
■緊急連絡先/続柄 ()	
TEL : ()	

記載日	年 月 日	記載者		
身長	cm	体重	kg B M I	
過去最大体重	kg(才頃)	20才頃の体重	kg ウエスト周長 cm	
飲酒	飲まない・飲む ()			
喫煙	吸わない・吸っていた・吸う (本/日)			
① 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)			
② 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				
③ 薬剤特記事項				
家族の病歴	糖尿病			
	なし・あり()			
③ 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

4

各機関の連携をスムーズにするため担当者をご記入ください。

■かかりつけ医 (連携パスの使用 / なし ・ あり)

医療機関： _____ 主治医： _____

住所： _____

TEL： ()

■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： _____ 主治医： _____

住所： _____

TEL： ()

■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： ()

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)

TEL： ()

■ (連携パスの使用 / なし ・ あり)

TEL： ()

■ (連携パスの使用 / なし ・ あり)

TEL： ()

検査結果

5

検査結果の記入をお願いします。または、検査結果を患者さんに渡していただき、自身で記入するようご指導ください。

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
	尿蛋白 定性	-・±・1+・2+・3+
〔治療・指導のポイント〕		

6

- ・患者さん本人、または関係機関で治療・指導のポイントを共有するために活用ください。
- ・市の保健師・栄養士が指導した場合も、こちらに記入します。

●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
	尿蛋白 定性	-・±・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

7

診察結果、次回受診時期をご記入ください。

眼科・歯科

眼科	施設	施設	
	眼科医	眼科医	
	検査日	検査日	
	右眼	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	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	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	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

8

定期的に実施する関連検査結果についてご記入ください。

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>		

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

関連検査

関連検査

検査計画

10

年間の検査計画に活用ください。

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													

