

糖尿病地域連携診療情報提供書（かかりつけ医用）

年 月 日

紹介先医療機関

紹介元医療機関

_____ 病院・医院・クリニック

_____ 医院・クリニック

_____ 科 _____ 先生 御侍史

_____ ⑩

TEL _____ FAX _____

患者氏名： _____ 様 性別： 男 ・ 女
 患者住所： 〒 _____ 市
 生年月日： T・S・H 年 月 日 歳 身長 _____ cm, 体重 _____ kg

病名または主訴

- ① 糖尿病 (1型 2型 その他) 妊娠糖尿病 境界型
 ② 網膜症 腎症 神経障害 動脈硬化
 ③ 高血圧症 脂質異常症 その他 (_____)

紹介目的

- 血糖コントロール 栄養指導 教育入院 インスリン導入
 合併症検査 (網膜症 腎症 神経障害 心・脳血管系)
 急性増悪のコントロール 足病変 腎症悪化 健診での高血糖
 その他 (_____)

経過・治療

コントロール状態 (優 ・ 良 ・ 可 ・ 不可)

指示カロリー : (_____) Kcal (_____) 単位

日付 (月/日)		/	/	/
血糖値	空腹時 (mg/dl)			
	食後 (mg/dl)			
HbA1c (%)				

処方と特記事項

逆紹介に際して

(必要な場合お書き下さい、血糖測定器は施設により機器が異なる可能性があります)

* 紹介元医療機関の情報

- ① 症状が安定した場合には治療が可能 (はい ・ いいえ)
 ② インスリン療法が必要な場合でも治療が可能 (はい ・ いいえ)
 ③ 置いてある自己血糖測定器 (_____)

栄養指導依頼書（糖尿病地域連携診療情報提供書）

_____年 ____月 ____日

紹介先

_____ 病院
 _____ 科
 _____ 先生 御侍史

紹介元

_____ 病院・医院・クリニック
 医師 _____ (印)
 TEL _____ FAX _____

患者氏名	様	性別	男・女																				
患者住所	〒 _____ 市	電話																					
生年月日	_____ 年 ____ 月 ____ 日 生	年齢	_____ 歳																				
診断名 該当する疾患に ✓をつけてください	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他																						
紹介目的	上記疾患のための食事指導を依頼します。																						
当院での指示 カロリー 該当する制限に ✓をつけてください	_____ Kcal _____ 単位 <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> アルコール制限 _____ 単位までは可 <input type="checkbox"/> コレステロール制限 _____ mg/日 <input type="checkbox"/> アルコール不可 <input type="checkbox"/> 塩分制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> その他 _____																						
経過および症状	身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 腹囲 _____ cm コントロール状態（優 良 可 不可）																						
最近の検査	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">年/月</td> <td style="width: 25%;">/</td> <td style="width: 25%;">/</td> <td style="width: 25%;">/</td> </tr> <tr> <td>血糖 (mg/dl)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1c (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿中蛋白</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>体重 (kg)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			年/月	/	/	/	血糖 (mg/dl)				HbA1c (%)				尿中蛋白				体重 (kg)			
年/月	/	/	/																				
血糖 (mg/dl)																							
HbA1c (%)																							
尿中蛋白																							
体重 (kg)																							
処方																							
特記事項																							

栄養指導依頼書（糖尿病地域連携診療情報提供書）

_____年 ____月 ____日

紹介先

紹介元

_____市・厚生センター
_____課

_____病院・医院・クリニック
医師 _____ ⑩
TEL _____ FAX _____

患者氏名	_____様	性別	男・女																				
患者住所	〒 _____ 市	電話																					
生年月日	_____年 ____月 ____日生	年齢	_____歳																				
診断名 <small>該当する疾患に ✓をつけてください</small>	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他																						
紹介目的	上記疾患のための食事指導を依頼します。																						
当院での指示 カロリー <small>該当する制限に ✓をつけてください</small>	_____ Kcal _____ 単位 ←必ず記載してください <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> アルコール制限 _____ 単位までは可 <input type="checkbox"/> コレステロール制限 _____ mg/日 <input type="checkbox"/> アルコール不可 <input type="checkbox"/> 塩分制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> その他 _____																						
経過および症状	身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 腹囲 _____ cm コントロール状態（優 良 可 不可）																						
最近の検査	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">年/月</td> <td style="width: 25%;">/</td> <td style="width: 25%;">/</td> <td style="width: 25%;">/</td> </tr> <tr> <td>血糖 (mg/dl)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1c (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿中蛋白</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>体重 (kg)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			年/月	/	/	/	血糖 (mg/dl)				HbA1c (%)				尿中蛋白				体重 (kg)			
年/月	/	/	/																				
血糖 (mg/dl)																							
HbA1c (%)																							
尿中蛋白																							
体重 (kg)																							
処方																							
特記事項																							

糖尿病診療情報提供書

紹介先 病院・医院 先生
 患者氏名 殿 (男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生 (才)

全身所見

【診断名】 糖尿病 (2型・1型・その他・妊娠糖尿病)
 合併症 1 糖尿病性腎症 (あり・なし) 早期腎症 (あり・なし) 透析 (あり・なし)
 2 糖尿病性神経症 (あり・なし)
 3 高血圧 (あり・なし)
 4 高脂血症 (あり・なし)
 5
 6

【糖尿病罹病期間】 約 年 (昭・平 年 発症・発見)

【治療】 未治療・食事療法のみ・経口薬・インスリン

(

【検査所見】

日付 (月/日)		/	/	/
血糖値	空腹時 (mg/dl)			
	食後 (mg/dl)	_____	_____	_____
	食後時間 (hr)			
H b A 1 c (%)				

【コントロール】 優・良・可・不良

【特記事項】

年 月 日 病院・医院 医師

眼所見

【診断名】 1 糖尿病網膜症 (あり・なし)
 2 白内障 (あり・なし) 術後 (右・左)
 3
 4
 【視力】 右: () 左: ()
 【眼底】 単純網膜症・増殖前網膜症・増殖網膜症 黄斑症 (あり・なし)
 [網膜光凝固後 硝子体手術後]

(

【治療方針】 経過観察・網膜光凝固・硝子体手術

【次回眼底検査予定】 年 月 (ヶ月後)

【特記事項】

年 月 日 病院・医院 眼科医師

糖尿病地域連携診療情報提供書（専門医用）

_____年 ____月 ____日

紹介先医療機関

紹介元医療機関

_____ 医院・クリニック

_____ 病院・医院・クリニック

_____ 先生 御侍史

_____ ⑩

TEL _____ FAX _____

患者氏名：_____ 様		性別： 男 ・ 女								
患者住所：〒 _____ 市										
生年月日： T・S・H _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 歳										
病名 または 主訴	① _____ 糖尿病 ② <input type="checkbox"/> 糖尿病合併症（網膜症・腎症・神経障害）									
	③ _____									
紹介目的	① <input type="checkbox"/> 治療の継続 ② <input type="checkbox"/> 合併症の精査 ③ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）									
経過・治療	指示カロリー：（ _____ ）Kcal （ _____ ）単位									
処方										
特記事項 ： <input type="checkbox"/> （ _____ ）ヵ月後に再診させてください										
経過表	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
空腹時血糖値	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）
食後血糖値	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）
HbA1c	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）	（ _____ ）

氏名 _____

入院期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 標準体重 _____ kg
体重 _____ kg BMI _____
腹囲 _____ cm
血圧 _____ / _____ mmHg

併発疾患

糖尿病検査 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

75gOGTT	0'	30'	60'	120'
血糖 (mg/dℓ)				
IRI (μu/ml)				

1日血糖 朝前() 朝後() 昼前() 昼後() 夕前() 夕後() 就寝前()

自己抗体 抗GAD抗体 (-, +) (_____ U/ml) (<1.3)

糖尿病網膜症 (有 ・ 無)

右 左

眼底 単純・増殖前・増殖 単純・増殖前・増殖
光凝固 不要・要・後 不要・要・後

皮膚足病変 (有 ・ 無)

糖尿病腎症 (有 ・ 無)

尿中アルブミンインデックス () mg/g・Cr
尿中アルブミン () mg/day
eGFR () ml/min/1.73m²
尿タンパク定量 () g/day

病期 第1・2・3A・3B・4・5期

糖尿病末梢神経障害

(無 、 軽度、中等度 、 高度)

MCV

SCV

糖尿病自律神経障害

(無 、 軽度、中等度 、 高度)

CVR-R

総コレステロール () mg/dl

LDL-コレステロール () mg/dl

HDL-コレステロール () mg/dl

中性脂肪 () mg/dl

動脈硬化病変 (有 ・ 無)

胸部 XP _____

ECG _____

ABI など _____

頸動脈エコー _____

頭部 CT MRI _____

その他異常 (有 ・ 無)

腹部エコー _____

腹部 CT MRI _____

栄養指導報告書様式 1 (糖尿病地域連携診療情報提供書)

年 月 日

紹介先

紹介元

_____ 医院・クリニック
_____ 先生 御侍史

_____ 病院・医院・クリニック
医師 _____ (印)

TEL _____ FAX _____

患者氏名		仕事				
身体活動量の目安	軽労作、普通の労作、重い労作	年齢	歳	性別	男・女	

診断名 該当する疾患に ✓をつけてください	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症
	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> その他

最近の経過 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 体重の増減 _____ 薬物療法	食歴&嗜好 食事を作る人 (本人、妻、母、) 家族構成 () 食事の量 (少 普通 多) 食事の味付け (薄い 普通 濃い) 砂糖 () 外食 () 飲酒 () 間食 () 夜食 () その他 ()
--	--

指示カロリーと制限 _____ Kcal _____ 単位 <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> コレステロール制限 _____ mg/日 <input type="checkbox"/> 塩分制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> アルコール(禁、 _____ 単位までは可) <input type="checkbox"/> その他 ()
--

		指示単位	摂取単位	摂取状況	栄養指導内容
栄養所要量・食品構成	表 1	穀物			摂取カロリー _____ Kcal _____ 単位 評価と指導内容
	表 2	果実			
	表 3	魚介類 肉類 豆腐類 その他			
	表 4	乳製品			
	表 5	油類			
	表 6	野菜類・茸 海藻			
	付録	(味噌) 汁 塩分			管理栄養士 : _____

今後の方針

栄養指導報告書様式 1 (糖尿病地域連携診療情報提供書)

_____年 ____月 ____日

紹介先

紹介元

_____ 医院・クリニック
_____ 先生 御侍史

_____ 市・厚生センター
_____ 課

TEL _____ FAX _____

患者氏名		仕事				
身体活動量の目安	軽労作、普通の労作、重い労作	年齢	歳	性別	男・女	

診断名 該当する疾患に ✓をつけてください	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> その他
------------------------------------	------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------

最近の経過 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 体重の増減 _____ 薬物療法	食歴&嗜好 食事を作る人 (本人、妻、母、 _____) 家族構成 (_____) 食事の量 (少 普通 多 _____) 食事の味付け (薄い 普通 濃い _____) 砂糖 (_____) 外食 (_____) 飲酒 (_____) 間食 (_____) 夜食 (_____) その他 (_____)
--	--

指示カロリーと制限 _____ Kcal _____ 単位 <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> コレステロール制限 _____ mg/日 <input type="checkbox"/> 塩分制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> アルコール(禁、 _____ 単位までは可) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
--

			指示単位	摂取単位	摂取状況	栄養指導内容
栄養所要量・食品構成	表 1	穀物				摂取カロリー _____ Kcal _____ 単位 評価と指導内容
	表 2	果実				
	表 3	魚介類 肉類 豆腐類 その他				
	表 4	乳製品				
	表 5	油類				
	表 6	野菜類・茸 海藻				
	付録	(味噌)汁 塩分				管理栄養士: _____

今後の方針

栄養指導報告書様式2（糖尿病地域連携診療情報提供書） 年 月 日

紹介先

紹介元

_____ 医院・クリニック

_____ 病院・医院・クリニック

_____ 先生 御侍史

_____ (印)

TEL _____ FAX _____

氏名		年齢	歳	身長	cm	体重	Kg	体脂肪率	%
身体活動量の目安	軽労作・普通の労作・重い労作	仕事の内容				家族構成	一人暮らし・夫婦二人・夫婦と子供 三世代・その他 ()		
日常生活時間	6:00		12:00			18:00			

区分	項目	指示カロリー (Kcal)			指導内容
		指示単位	摂取単位	摂取量評価	
食品交換表	表1 主食（ご飯・パン・めん類）は適量か？				
	表2 果物の量は1単位を超えていないか？				
	表3 肉・魚・卵、大豆製品は適量か？				
	表4 牛乳や乳製品は摂っているか？				
	表5 油脂類は適量か？				
	表6 野菜は300g以上摂っているか？				
	調味料 調味料は摂り過ぎていないか？				
栄養バランス	栄養の配分は適正か？	適正・適正でない ()			
	朝食・昼食・夕食・間食の配分は適正か？	適正・適正でない ()			
食物繊維	海藻・根菜類・きのこ類を毎日食べているか？	毎日充分	時々食べる	ほとんど食べない	
アルコール	アルコールは2単位を超えているか？	毎日 () 単位	時々	飲まない	
間食	菓子類は2単位を超えているか？	毎日 () 単位	時々	食べない	
	缶ジュース・スポーツドリンクを飲んでいるか？	毎日 ()	時々	飲まない	
	コーヒー・紅茶（砂糖入り）を飲んでいるか？	毎日 ()	時々	飲まない	
	就寝前までに間食・夜食を食べるか？	毎日 ()	時々	食べない	
塩分	料理の味付け、漬物、汁物 加工食品・インスタント食品				
	脂肪	コレステロールの多い食品			
外食頻度内容	外食をすることがあるか？	毎日	時々	食べない	
	外食料理を摂る時に注意しているか？				

管理栄養士 _____

栄養指導報告書様式2（糖尿病地域連携診療情報提供書） 年 月 日

紹介先

紹介元

_____ 医院・クリニック
_____ 先生 御侍史

_____ 市・厚生センター
_____ 課

TEL _____ FAX _____

氏名		年齢	歳	身長	cm	体重	Kg	体脂肪率	%
身体活動量の目安	軽労作・普通の労作・重い労作	仕事の内容				家族構成	一人暮らし・夫婦二人・夫婦と子供 三世代・その他（ ）		
日常生活時間	6:00		12:00			18:00			

区分	項目	指示カロリー（ Kcal）			指導内容
		指示単位	摂取単位	摂取量評価	
食品交換表	表1 主食（ご飯・パン・めん類）は適量か？				
	表2 果物の量は1単位を超えていないか？				
	表3 肉・魚・卵、大豆製品は適量か？				
	表4 牛乳や乳製品は摂っているか？				
	表5 油脂類は適量か？				
	表6 野菜は300g以上摂っているか？				
	調味料 調味料は摂り過ぎていないか？				
栄養バランス	栄養の配分は適正か？	適正・適正でない（ ）			
	朝食・昼食・夕食・間食の配分は適正か？	適正・適正でない（ ）			
食物繊維	海草・根菜類・きのこ類を毎日食べているか？	毎日充分	時々食べる	ほとんど食べない	
アルコール	アルコールは2単位を超えているか？	毎日（ ）単位	時々	飲まない	
間食	菓子類は2単位を超えているか？	毎日（ ）単位	時々	食べない	
	缶ジュース・スポーツドリンクを飲んでいるか？	毎日（ ）	時々	飲まない	
	コーヒー・紅茶（砂糖入り）を飲んでいるか？	毎日（ ）	時々	飲まない	
	就寝前までに間食・夜食を食べるか？	毎日（ ）	時々	食べない	
塩分	料理の味付け、漬物、汁物 加工食品・インスタント食品				
	脂肪	コレステロールの多い食品			
外食頻度内容	外食をすることがあるか？	毎日	時々	食べない	
	外食料理を摂る時に注意しているか？				

管理栄養士 _____

特記事項

当院での糖尿病外来診療スケジュール表

様

医院・クリニック

目標	良好な血糖コントロール（HbA1c 6.4%以下、 空腹時血糖 129mg/dl 以下、食後血糖 179mg/dl 以下） 糖尿病合併症発症および進展防止
診察 測定	毎月1回診察、体重測定、血圧・脈拍測定 3ヶ月に1回腹囲測定
検査	毎月1回尿検査、血液検査 胸部レントゲン検査、心電図は年1回、ただし呼吸器・循環器症状があれば 随時施行、その他必要な検査を随時施行 可能であれば頸動脈エコー&血管年齢検査を年1回施行 眼科受診（眼底検査）（ ）月に1回
薬	・なし ・飲み薬 ・インスリン注射
学習	糖尿病および合併症、フットケア、食事療法、運動療法 について学習しましょう

上記の目標や検査間隔などはあくまで標準的なものです。

自分にあった目標を医師と共に設定し、少しでも良好なコントロールに努めましょう

各種測定や検査結果を**糖尿病手帳**に記載します。どの病院や医院受診時にも手帳を持参して下さい。

コントロール不良な時や、特別な検査・治療が必要な時は、専門医に紹介し、適切な医療連携を行います。