

# 保存版

## 浜田圏域糖尿病管理のしおり 様式集



「どんちっち神楽時計」ブルーライトアップ H23.11.13～11.14

平成 25 年 4 月 発行

(平成 27 年 6 月 一部改正)

(平成 31 年 3 月 一部改正)

浜田圏域糖尿病対策推進会議（事務局：島根県浜田保健所）

問い合わせ先：島根県浜田保健所 健康増進課

<TEL> 0855-29-5551

<FAX> 0855-22-7009

<Eメール> [hamada-hc@pref.shimane.lg.jp](mailto:hamada-hc@pref.shimane.lg.jp)

（浜田保健所管理者）

## 浜田圏域糖尿病管理のしおり様式集の活用について

この、糖尿病管理のしおり様式集は、毎年別途配布する、「浜田圏域糖尿病管理のしおり」に基づき、糖尿病の重症化予防、適正管理のための、医療機関相互の連携及び保健行政等への情報提供等に活用いただく様式をまとめたものです。

保存版とし、様式の変更があった場合以外には更新はいたしませんので、必要に応じてコピーしご活用ください。また、同じ内容のものを浜田保健所のホームページにも掲載しておりますのでご利用ください。

([https://www.pref.shimane.lg.jp/hamada\\_hoken/tonyo/tonyo\\_manual.html](https://www.pref.shimane.lg.jp/hamada_hoken/tonyo/tonyo_manual.html))

御意見等ございましたら、事務局（島根県浜田保健所）まで御連絡ください。

## < 目 次 >

適正管理のための連絡（紹介）体制について・・・・・・・・・・1  
※様式活用フローチャート

様式1 診療情報提供書（医院⇒病院）・・・・・・・・・・2

様式2 " （病医院⇔眼科）・・・・・・・・・・3

様式3 " （医科⇒歯科）・・・・・・・・・・4

様式4-1・2 " （歯科⇒医科）・・・・・・・・・・5

様式5 栄養指導情報提供票（医療機関⇒浜田市）・・・・・・・・7

様式6 栄養指導報告書（浜田市⇒医療機関）・・・・・・・・8

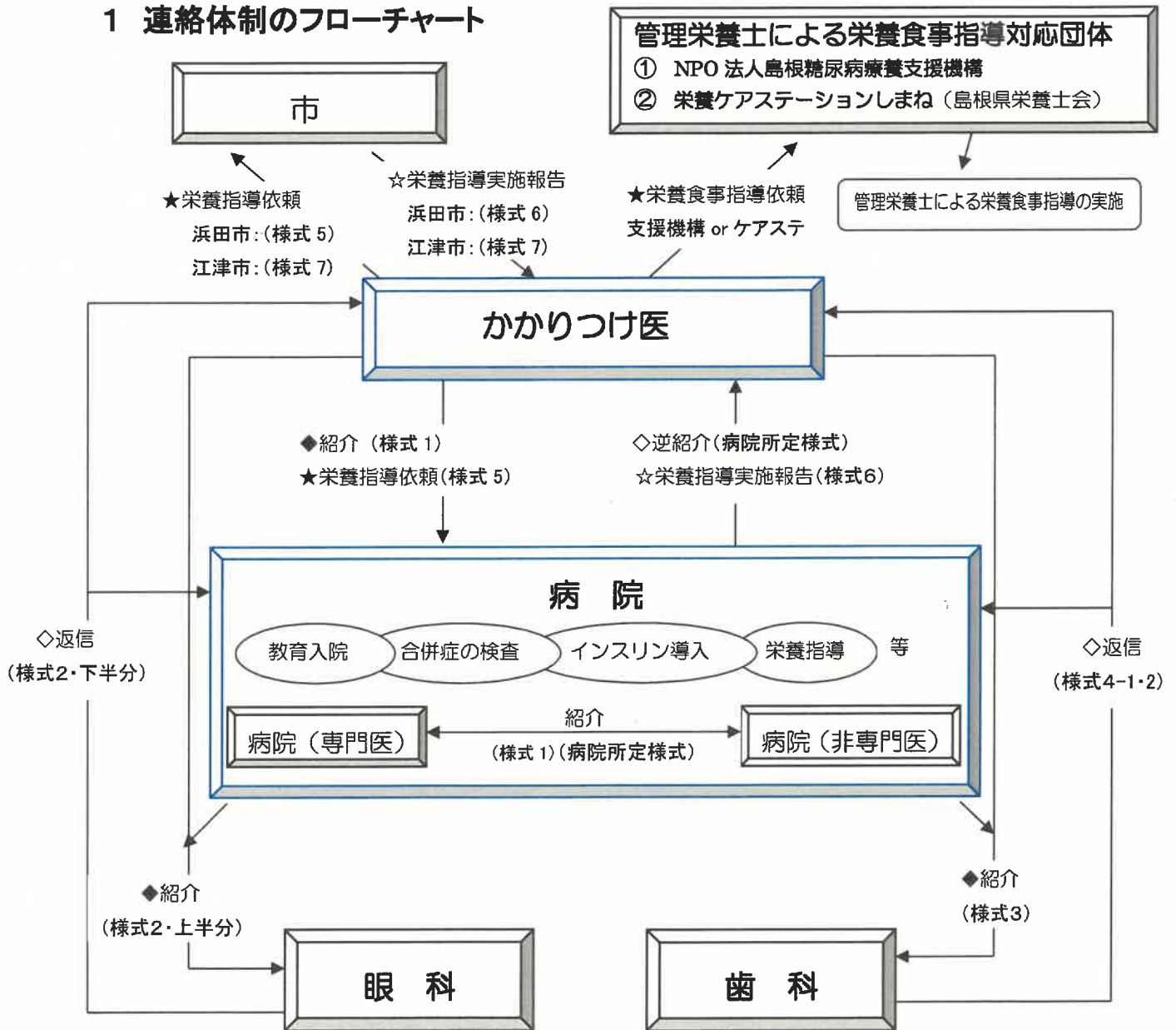
様式7 江津市食事相談連絡票・・・・・・・・・・9

【参考】 島根県糖尿病予防・管理指針 第3版

# 適正管理のための連絡（紹介）体制について

\*下記のフローチャートにより、かかりつけ医、病院（専門医・非専門医）、眼科医、歯科医及び行政が、「診療情報提供書」を活用しながら、連携を図ります。

## 1 連絡体制のフローチャート



※パソコンによる入力は、[http://www.pref.shimane.lg.jp/hamada\\_hoken/kenko/tonyo\\_manual.html](http://www.pref.shimane.lg.jp/hamada_hoken/kenko/tonyo_manual.html) 参照

## 診療情報提供書 (医院⇒病院)

平成 年 月 日

紹介先医療機関

紹介元医療機関

病院・医院

市

医院

科

先生 御侍史

医師

Ⓜ

TEL

患者氏名： _____ 様		性別： 男・女性	
患者住所： _____ 市 _____ 町			
生年月日： T・S・H 年 月 日			
病名 または 主訴 ( 糖尿病以外 )	① <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> BMI 30 以上 ② _____		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール & 栄養指導 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 合併症検査 ( <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 腎症 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 心・脳血管系 ) <input type="checkbox"/> 急性増悪のコントロール <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
紹介歴 <input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診 ( 前回 平成 年 月 )			
経過・治療    コントロール状態 ( 優・良・可・不良 )    最近の変化 ( 改善・不変・悪化・不安定 ) 指示カロリー： ( _____ ) Kcal ( _____ ) 単位			
主な処方	① _____  ② _____  ③ _____		
逆紹介に際して    * 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 自己血糖測定を開始した場合でも治療が可能              ( はい・いいえ ) 置いてある自己血糖測定器 ( _____ )			

※パソコンによる入力、http://www.pref.shimane.lg.jp/hamada\_hoken/kenko/tonyo\_manual.html を参照

## 診療情報提供書(病医院⇔眼科)

紹介年月日 平成 年 月 日

紹介先

紹介元

 医院  
 先生 御侍史

印

患者氏名	様			性別	
患者住所	市 町				
生年月日	昭和	年	月	日生	年齢 歳
診断名 該当する疾患に ✓をつける	<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"/> その他
経過 および 症状	身長 _____ cm コントロール状態 _____	体重 _____ kg 最近の変化 _____	BMI _____		
最近の検査	年月日	HbA1c	空腹時血糖値	食後血糖値	微量アルブミン尿
現在の治療 主な処方	食事療法 _____ Kcal				
	① 薬剤名 _____	mg	錠		
	(インスリン製剤はここに記入してください)		(インスリンの単位数)		
特記事項					

切り取り線

## 診療情報提供書

返信年月日 平成 年 月 日

紹介先

紹介元

先生 御侍史

印

患者氏名	様			性別	性
診断名 該当する疾患に ✓をつける	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症	<input type="checkbox"/> 白内障	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
所見	右		左		
視力(矯正)	( )		( )		
糖尿病網膜症	無・有・疑		無・有・疑		
病期	単純・前増殖・増殖		単純・前増殖・増殖		
光凝固	前・後(中途・不安定・沈静化)		前・後(中途・不安定・沈静化)		
黄斑症	無・有		無・有		
その他					
白内障	無・軽度・中等度・高度		無・軽度・中等度・高度		
手術	前・後		前・後		
緑内障	無・有・疑		無・有・疑		
今後の 治療方針	治療方針	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察 ( ヶ月後再検)	<input type="checkbox"/> 要精査	<input type="checkbox"/> 要医療
	コメント				

## 診療情報提供書 (医科⇒歯科)

紹介先医療機関名 平成 年 月 日  
〒697- 島根県浜田市 町  
病院 TEL

担当医 医師名 印

患者氏名	性別	男	女
住所	電話		
生年月日	明、大、昭、平	年	月 日 歳
主訴又は病名 既往歴及び家族歴			
紹介目的			
病状経過及び 検査所見 治療経過	<p>いつもお世話になります。 患者は 型糖尿病です。 HbA1c は %です。 歯周病の状況はどうでしょうか 御高診御加療をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 ( I・II・III・VI・不明 )  <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害  <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 ( あり・なし ) ( )  <input type="checkbox"/> Ca拮抗薬 ( あり・なし ) ( )</p> <p>・ 糖尿病治療法 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> インスリン  ・ 麻酔薬のアレルギー ( あり・なし )  ・ 感染 ( B型・C型・ワ氏・不明 )</p>		
現在の処方			

# 診療情報提供書(歯科⇒医科) [表]

【歯科医師記入用】

《紹介先医療機関名》

電話番号

担当医

先生御机下

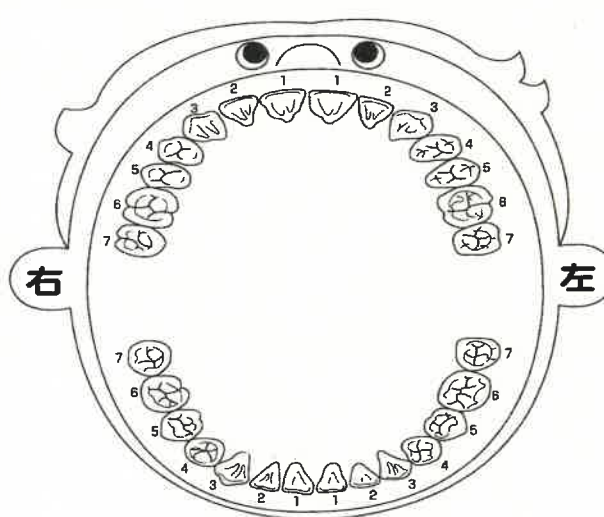
(ご記入いただける範囲でご記入下さい)

患者氏名	性別	男	女
患者住所			
電話番号			
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( 歳)
			職業

傷病名	紹介目的 1. 糖尿病の ( 検査 ・ 治療 ) 2. 歯周病の状況報告 3. その他 ( )
-----	--

口腔内の状況	年 月 日	初診年月日	年 月 日
1. 口腔清掃状態 ( 良好 ・ 普通 ・ 不良 )		歯周病治療歴 ( あり ・ なし ・ 治療中 )	
2. 歯肉の状況 ( 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 )			
3. その他 ( )			

コメント	次回治療予定日 ( )
------	----------------

	既往症及び家族歴	
	現在の処方	
	年 月 日	
	施設名	
	連絡先	
	歯科医師名	印

(日本糖尿病協会・日本歯科医師会 2008 より改変)

・できれば骨吸収の状態がわかるパノラマ写真(デンタル写真)、歯周検査結果等を添付する。

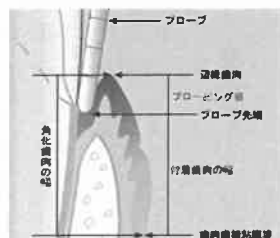
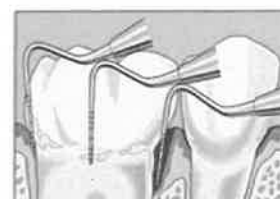


歯周病 基本・精密検査	患者氏名								歯数 本 年 月 日							
プラーク																
1mm以下の付着歯肉																
動揺度																
歯周ポケット(盲嚢)出血																
EPP(mm)																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
EPP(mm)																
歯周ポケット(盲嚢)出血																
動揺度																
1mm以下の付着歯肉																
プラーク																

記入方法

- ・EPP(歯周ポケット測定)はプローブを用いて測定し、単位はmmで記入する(精密検査:6点法または4点法、基本検査:1点法)
- ・歯周ポケット(盲嚢)からの出血は、歯周ポケット測定(プロービング)時の出血の有無を記入する
- ・動揺度はピンセットで歯を動かしてぐらつきの程度を測る
  - 動揺度0-ほとんど動かない:0.2mm以下
  - 動揺度1-歯が唇舌(頬舌)1方向に動く:0.2~1.0mm
  - 動揺度2-歯が唇舌(頬舌)・近遠心の2方向に動く:1.0~2.0mm
  - 動揺度3-歯が唇舌(頬舌)・近遠心・垂直の3方向に動く:2.0mm以上
- ・1mm以下の付着歯肉がある場合はチェックを入れる
- ・プラークは1歯を頬(唇)・舌(口蓋)・近心・遠心の4区画に分け、プラークの付着状況を判定して記入する

【コメント】



〈医療機関 → 浜田市〉

〈医療機関 → 病院〉

### 栄養指導情報提供票

医療機関名 ( ) 主治医 ( )

(初回・継続)

紹介日 平成 年 月 日

氏名:	生年月日	
性別: 男・女	年 月 日	
住所 浜田市 番地 (TEL - )	検査日 年 月 日	
体型	・身長 ( cm) ・体重 ( kg) ・BMI ( kg/m <sup>2</sup> )	
検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり ・尿検査 (糖 ) (潜血 ) (蛋白 ) (微量アルブミン尿 ) ・血糖値 (空腹時 or 随時 ・食後 時間) ( mg/dl) ・HbA1c ( %) ・腎機能 (クレアチニン mg/dl ・ eGFR ) ・総コレステロール ( mg/dl) ・中性脂肪 ( mg/dl) ・LDL コレステロール ( mg/dl) ・HDL コレステロール ( mg/dl)	
診断	<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 ( I ・ II ・ III ・ IV ・ 不明 ) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他	
治療状況	<input type="checkbox"/> 経口血糖降下剤 <input type="checkbox"/> インスリン ( 単位) <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> その他	
指示事項 (指導上の 留意点等)	◎指示カロリー _____ kcal ( 単位) <input type="checkbox"/> 栄養士の面談による推定カロリーでも可  <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> 炭水化物 <u>55%</u> ・ <u>50%</u> <input type="checkbox"/> 脂質制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 塩分制限 _____ g/日 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症重症化予防プログラムでの実施が望ましい ◎コメント  ◎糖尿病手帳の交付 ( 有 ・ 無 )	

<浜田市→医療機関>

栄養指導報告書

平成 年 月 日

主治医

様

以下のとおり栄養指導を実施しましたので報告します。

浜田市

氏名	年齢	歳	性別	男・女	血圧	/ mm Hg
	身長	cm	体重	kg	BMI	
	調理担当者	・本人	・家族	仕事の 内容	家事・農業	
日常の 生活時間	: 起床	: 朝食	: 昼食	: 夕食	: 就寝	指示カロリー kcal( 単位) 食事制限( ) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 初回・1か月・中間・最終・その他( )

食事の内容		指示単位			摂取単位			評価	指導内容
食品 交換 表	表1	ごはん	朝		朝			[生活習慣について]  [食生活の様子・問題点]  [指導内容] ごはん1食 g  [今後に向けて]	
		パン	昼		昼				
		麺・その他	夕		夕				
	表2	果物							
	表3	肉類							
		魚類							
		卵							
		大豆製品							
	表4	乳製品							
	表5	油脂類							
	表6	野菜							
	調味料	砂糖・みそ							
	食事合計								
菓 子									
総 合 計									
塩 分			g		g				
たんぱく質			g		g				
アルコール									
[その他連絡事項] 糖尿病連携手帳 (有・無) お薬手帳 (有・無)									
栄養指導実施日 年 月 日 担当者 (栄養士 ) 次回予約 年 月 日									

## 江津市食事相談連絡票

( 初回 ・ 継続 )

氏名	生年月日 年 月 日 ( 歳 )		
住所	電話番号		
◎本人の身体状況 ※検査データのコピー添付でも結構です。	食事相談実施日 平成 年 月 日実施		
身長: cm 体重: kg	相談来所者 ( )		
血圧: / mmHg 高血圧症 無・有	調理担当者 ( )		
血糖値: mg/dl [空腹・食後 時間]	交換表	食品	指示単位 評価
HbA1c: % 尿蛋白:	表 1	穀類、いもなど	
中性脂肪: mg/dl クレアチニン: mg/dl	表 2	くだもの	
HDLコレステロール: mg/dl eGFR: ml/min/1.73m <sup>2</sup>	表 3	魚介類	
LDLコレステロール: mg/dl 尿酸: mg/dl		肉類	
◎栄養指導対象疾患		卵、チーズ	
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 ↓ <input type="checkbox"/> その他 ( )		大豆とその製品	
○血糖コントロール目標 HbA1c: %	表 4	牛乳など	
○糖尿病合併症	表 5	油脂類	
・腎症 無・有	表 6	野菜	
・網膜症 無・有	調味料	砂糖、みそなど	
・その他 無・有 ( )	合計単位		
○薬物療法	《栄養指導》		
・経口血糖降下剤 無・有	管理栄養士 ( )		
・インスリン注射 無・有			
◎栄養指示量	※備考		
・エネルギー ( kcal)	指示日 平成 年 月 日		
・たんぱく制限 無・有 ( g/日)	主治医 [ ]		
・脂質制限 無・有 ( g/日)			
・塩分制限 無・有 ( g/日)			
・その他 ( )			
◎嗜好品に関する指示			
●アルコール ( )			
●たばこ ( )			
◎主治医からのコメント			