

【糖尿病療養計画書】について

この度は、地域連携パスにご賛同いただき誠にありがとうございます。
ご紹介頂きました_____様、状態が安定致しましたのでご紹介させていただきます。
糖尿病連携手帳に、添付しています【糖尿病地域連携パス 治療計画】では、
基本毎月受診としていますがこの限りではございません。
(経過によっては2ヶ月ごと等、貴院にて考慮して頂ければと思います。)

【糖尿病療養計画書】は患者様の受診の際、項目チェックシートとしてご使用ください。

《血液検査について》

受診ごとに、血糖（随時or空腹）・HbA1c・血圧・体重の測定、
3ヶ月ごとに多項目の血液検査をお願い致します。

《目標の確認》

【糖尿病地域連携パス 治療計画】（糖尿病管理手帳に添付の）に記載している食事・運動療法・家庭血圧・禁煙等、
目標の確認をお願い致します。その他、薬剤の変更、検査等ございましたら、
【糖尿病地域連携パス 治療計画】へのご記入もよろしくお願い致します。

《眼科受診について》

眼科受診されましたら、【糖尿病地域連携パス 治療計画】の眼科欄に
網膜症（有・無）、指導及び備考欄に眼科名と日付をご記入下さい。

《バリエーションについて》

バリエーションに1項目でも該当の場合は当院へ再紹介下さい。
他にも気になることがございましたら遠慮なくご紹介下さい。

《次回当院への再診予約について》

次回、_____年 月 日、約1年後、当科への再診予約としています。
次回再診時には、In Body等、予定しております。
食事はせずに来院して頂くようご説明いただければ幸いです。

※ご不明な点などございましたら082-815-5211 代謝内分泌科まで連絡いただければと思います。

バリエーション

- ①HbA1c : 1. 5%以上上昇
 - ②空腹時血糖 200mg/dl以上
 - ③随時血糖値 350mg/dl以上
 - ④尿ケトン体強陽性 (2+以上)
 - ⑤低血糖発作頻発時
 - ⑥体重3ヶ月/3kg以上↑
 - ⑦腎症の進行・悪化 ※1
- ※1
- ①尿蛋白陰性だった方が陽性化
 - ②尿蛋白の顕性化
 - ③eGFR<45 ml/min/1.73m²