

# 糖尿病の通院治療をされるみなさまへ

# —糖尿病初期診療計画表—

Ver.3

この冊子は、当院へ初めて来られた患者様の初期治療計画を表にしたものです。患者様の状態にもよりますが、通院可能な患者様は、概ね本表に沿って治療および合併症の検査を進めていきます。各々の受診日の目標を理解し、一つ一つ問題点を解決していきましょう。療養の内容については当院の「糖尿病治療のてびき」も参照してください。

| お名前     | 様<br>この表をお渡した日<br>年 月 日                                                                    |                                                                                                        |                                           |                                                                                                              |                                           |                                                              |                                                                                                  |                                                                                                              |                                                                |                                                                |                                                                                           |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 月/日(曜日) | / ( )                                                                                      | / ( )                                                                                                  | / ( )                                     | / ( )                                                                                                        | / ( )                                     | / ( )                                                        | / ( )                                                                                            | / ( )                                                                                                        | / ( )                                                          | / ( )                                                          | 以後継続                                                                                      |
| 受診回     | 1回目                                                                                        | 2回目                                                                                                    | 3回目                                       | 4回目                                                                                                          | 5回目                                       | 6回目                                                          | 7回目                                                                                              | 8回目                                                                                                          | 9回目                                                            | 10回目                                                           |                                                                                           |
| 達成目標    | 糖尿病の症状、治療目的、<br>血糖値、HbA1cを理解できる<br><br>糖尿病診療予定を理解できる<br><br>低血糖症状を理解し対処できる                 | 食事療法を理解できる<br>網膜症・腎症・動脈硬化<br>を理解できる<br><br>治療薬について<br>理解が深まる                                           | 神経障害を<br>理解できる                            | 糖尿病足病変<br>を理解できる                                                                                             | 脳卒中との関係<br>を理解できる                         | シックデイ<br>(糖尿病以外の<br>体調不良時)<br>の対応につ<br>いて理解できる               | 心臓病への影響<br>を理解できる                                                                                | 歯周病との関係<br>を理解できる                                                                                            | 運動療法を<br>理解できる<br><br>骨粗鬆症との<br>関係を理解<br>できる                   | 腹部の病気との<br>関係を理解できる<br><br>継続治療の重要<br>性を理解できる                  | 治る以上で<br>療養にとど<br>まらずに糖<br>尿病の合併<br>症を予防す<br>ることを最<br>初から期<br>待します。                       |
| 手引き参照   | ページ 1,2,6,7,10,11,18-21,25                                                                 | 3,4,5,7,8,12-15,18-21                                                                                  | 2,4,8,26,27                               | 5,8,26,27                                                                                                    | 5,8                                       | 24,25,28-31                                                  | 5,8                                                                                              | 別紙                                                                                                           | 16,17                                                          | 9                                                              | 。査<br>糖は尿終<br>病了で外<br>すに。今<br>後は高血<br>圧、治療<br>を継続し<br>糖尿病に<br>合併症あ<br>る進展を<br>併せて予<br>防する |
| 検査      | お話を聞き、<br>身体診察をします<br>血液検査〔一般・血糖・HbA1c〕<br>尿一般、尿蛋白検査<br>を受けて頂きます                           | ABI/PWV〔動脈硬化検査〕<br>を受けて頂きます<br>(血糖・HbA1cを測ります)<br>(グルコテストが必要な方<br>のみを受けて頂きます。<br>受ける方は、絶食で<br>受診して下さい) | 自律神経検査<br>を受けて頂きます<br>(血糖・HbA1c<br>を測ります) | (血糖・HbA1c<br>を測ります)                                                                                          | 頸動脈エコーを<br>受けて頂きます<br>(血糖・HbA1c<br>を測ります) | 絶食で受診<br>して下さい<br><br>血液検査<br>〔一般・血糖・<br>HbA1c等〕を<br>受けて頂きます | 胸部レントゲン・<br>心電図検査を<br>受けて頂きます<br>(血糖・HbA1c<br>を測ります)                                             | 尿検査をします<br>(血糖・HbA1c<br>を測ります)                                                                               | 骨密度測定を<br>受けて頂きます<br>(血糖・HbA1c<br>を測ります)                       | 絶食で受診<br>して下さい<br><br>腹部エコーを<br>受けて頂きます<br>(血糖・HbA1c<br>を測ります) |                                                                                           |
| 治療      | 治療薬<br>(内服薬の方は、新規および変更の都度説明します。インスリン注射が必要な方は別冊を用いて説明します)                                   | 治療薬<br><br>栄養指導を受けて<br>頂きます                                                                            | 治療薬<br><br>3大合併症につ<br>いて説明します             | 治療薬<br><br>フットケア<br>(足の手入れ)に<br>ついて説明します                                                                     | 治療薬                                       | 治療薬<br><br>シックデイにつ<br>いて説明します                                | 治療薬<br><br> | 治療薬<br><br>             | 治療薬<br><br>運動療法につ<br>いて説明します<br>(膝・腰のレント<br>ゲンを確認の上<br>可能な人のみ) | 治療薬                                                            |                                                                                           |
| 説明・指導   | 次回の検査を説明します<br><br>療養の手引きをお渡しします<br>糖尿病教室をご案内します<br>栄養指導を予約します<br>眼科紹介状をお渡しします<br>(必要な方のみ) | 次回の検査を説明します<br><br> | 次回の療養指導を<br>説明します                         | 次回の検査を<br>説明します<br><br> | 次回の検査を<br>説明します                           | 次回の検査を<br>説明します                                              | 次回の検査を<br>説明します<br><br>希望される方に<br>歯科紹介状を<br>お渡しします                                               | 次回の検査を<br>説明します<br><br> | 次回の検査を<br>説明します                                                | 次回の検査を<br>説明します                                                | 連携手帳を<br>お渡しします                                                                           |
| その他     | どのようなことでも、わからないことがありましたらスタッフにご質問ください。                                                      |                                                                                                        |                                           |                                                                                                              |                                           |                                                              |                                                                                                  |                                                                                                              |                                                                |                                                                |                                                                                           |

やよいメディカルクリニック

糖尿病内科

## やよいメディカルクリニック 糖尿病内科 Ver.3

| 患者名     | 様 年 月 日 手渡しスタッフサイン                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                                           |                                                                                                                                    |                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                                          |                                                                                                                                    |                                                                                                                |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 月/日(曜日) | / ( )                                                                                                                                                                                                                      | / ( )                                                                                                                                                                     | / ( )                                                                                                                            | / ( )                                                                                                     | / ( )                                                                                                                              | / ( )                                                                                           | / ( )                                                                                                                   | / ( )                                                                                                    | / ( )                                                                                                                              | / ( )                                                                                                          |
| 受診回     | 1回目                                                                                                                                                                                                                        | 2回目                                                                                                                                                                       | 3回目                                                                                                                              | 4回目                                                                                                       | 5回目                                                                                                                                | 6回目                                                                                             | 7回目                                                                                                                     | 8回目                                                                                                      | 9回目                                                                                                                                | 10回目                                                                                                           |
| 達成目標    | 糖尿病の症状、治療目的、<br>血糖値、HbA1cを理解できる<br>糖尿病診療パス<br>を理解できる<br>低血糖症状を理解し、<br>対処できる                                                                                                                                                | 食事療法を理解できる<br>網膜症・腎症・動脈硬化<br>を理解できる<br>治療薬について<br>理解が深まる                                                                                                                  | 神経障害<br>を理解できる                                                                                                                   | 糖尿病足病変<br>を理解できる                                                                                          | 脳卒中との関係<br>を理解できる                                                                                                                  | シックデイが<br>理解できる                                                                                 | 心臓病への影響<br>を理解できる                                                                                                       | 歯周病との関係<br>を理解できる                                                                                        | 運動療法を<br>理解できる<br>骨粗鬆症との関<br>係を理解できる                                                                                               | 腹部疾患との<br>関係を理解<br>できる<br>継続治療の重要<br>性を理解できる                                                                   |
| 手引き参照   | ページ 1,2,6,7,10,11,18-21,25                                                                                                                                                                                                 | 3,4,5,7,8,12-15,18-21                                                                                                                                                     | 2,4,8,26,27                                                                                                                      | 5,8,26,27                                                                                                 | 5,8                                                                                                                                | 24,25,28-31                                                                                     | 5,8                                                                                                                     | 別紙                                                                                                       | 16,17                                                                                                                              | 9                                                                                                              |
| 当日検査    | <input type="checkbox"/> 血液検査(採血)<br>(一般・血糖・HbA1c)<br><input type="checkbox"/> 尿検査<br><input type="checkbox"/> 尿微量アルブミン検査                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ABI/PWV<br>( <input type="checkbox"/> 血糖・HbA1c測定)<br><br>( <input type="checkbox"/> ケルカゴン テスト)<br>( <input type="checkbox"/> 絶食で受診)<br>(必要な場合のみ) | <input type="checkbox"/> CV-RR<br>( <input type="checkbox"/> 血糖・<br>HbA1c測定)                                                     | ( <input type="checkbox"/> 血糖・<br>HbA1c測定)                                                                | <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー<br>( <input type="checkbox"/> 血糖・<br>HbA1c測定)                                                      | <input type="checkbox"/> 絶食で受診<br><input type="checkbox"/> 血液検査<br>(一般・血糖<br>・HbA1c)            | <input type="checkbox"/> 心電図<br><input type="checkbox"/> 胸部正面<br>立位XP<br><br>( <input type="checkbox"/> 血糖・<br>HbA1c測定) | <input type="checkbox"/> 尿検査<br>( <input type="checkbox"/> 血糖・<br>HbA1c測定)                               | <input type="checkbox"/> 骨密度測定<br>(50歳以上)<br><input type="checkbox"/> 非実施<br>( <input type="checkbox"/> 血糖・<br>HbA1c測定)            | <input type="checkbox"/> 絶食で受診<br><input type="checkbox"/> 腹部エコー<br>( <input type="checkbox"/> 血糖・<br>HbA1c測定) |
| 治療      | <input type="checkbox"/> 治療薬<br>(内服薬の患者は、その都度説明する。インスリン注射が必要な方は別項を用いて説明する)                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 治療薬                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 治療薬                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 治療薬                                                                              | <input type="checkbox"/> 治療薬                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 治療薬                                                                    | <input type="checkbox"/> 治療薬                                                                                            | <input type="checkbox"/> 治療薬                                                                             | <input type="checkbox"/> 治療薬<br><br><input type="checkbox"/> 運動処方<br>(膝・腰のレント<br>ゲンを確認の上<br>可能な人のみ)<br><input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 治療薬                                                                                   |
| 説明・指導   | <input type="checkbox"/> 外来通院パスの手渡し<br><input type="checkbox"/> 療養の手引きの手渡し<br><input type="checkbox"/> 糖尿病教室のご案内<br><input type="checkbox"/> 眼科紹介状手渡し <input type="checkbox"/> 不要<br>( <input type="checkbox"/> 次回絶食受診の説明) | <input type="checkbox"/> 内服薬について<br><br><input type="checkbox"/> 栄養指導                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 3大合併症<br>の説明                                                                                            | <input type="checkbox"/> フットケア<br><br><input type="checkbox"/> 禁煙の重要<br>性を説明                              | <input type="checkbox"/> 次回絶食受診<br>の説明                                                                                             | <input type="checkbox"/> シックデイ<br>について説明                                                        | <input type="checkbox"/> 歯科紹介希望<br>の有無を確認                                                                               | ( <input type="checkbox"/> 歯科紹介状)<br>(希望者のみ)<br><input type="checkbox"/> 不要                              | <input type="checkbox"/> 次回絶食受診<br>の説明                                                                                             | <input type="checkbox"/> 連携手帳<br>手渡し                                                                           |
| 次回検査    | <input type="checkbox"/> ABI (・採血) <input type="checkbox"/> 頭説明<br><input type="checkbox"/> 栄養指導予約表手渡し<br>( <input type="checkbox"/> ケルカゴンテスト説明用紙)<br>(施行する場合のみ)                                                           | <input type="checkbox"/> CVRR <input type="checkbox"/> 頭説明<br><br>( <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 頭説明)                                             | <input type="checkbox"/> フットケア<br><input type="checkbox"/> 頭説明<br>( <input type="checkbox"/> 採血<br><input type="checkbox"/> 頭説明) | <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー<br>説明用紙<br>( <input type="checkbox"/> 採血<br><input type="checkbox"/> 頭説明) | <input type="checkbox"/> 心電図・胸部X<br><input type="checkbox"/> 頭説明<br>( <input type="checkbox"/> 採血<br><input type="checkbox"/> 頭説明) | <input type="checkbox"/> 採尿説明<br>( <input type="checkbox"/> 採血<br><input type="checkbox"/> 頭説明) | <input type="checkbox"/> 運動処方希望<br>の有無を確認<br><input type="checkbox"/> 骨密度(・採血)<br><input type="checkbox"/> 頭説明          | <input type="checkbox"/> 腹部エコー<br>説明用紙<br>( <input type="checkbox"/> 採血<br><input type="checkbox"/> 頭説明) |                                                                                                                                    |                                                                                                                |
| バリエーション | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                          | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                            | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                            | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                        |
| スタッフサイン |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                                           |                                                                                                                                    |                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                                          |                                                                                                                                    |                                                                                                                |

糖尿病の初期診療パスが終了したことを患者に説明し、継続治療の必要性を理解できているか確認する。  
また、検査結果や治療方法などに疑問点はないか確認する。