

# 一合併症・療養管理フォローアップパス:職員用一

やよいメディカルクリニック 糖尿病内科 Ver.1

患者名	様 巴斯を手渡しした日付 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	
再確認目標	糖尿病の症状、治療目的、血糖値、HbA1cを理解できる 糖尿病フォローアップパスを理解できる 動脈硬化を理解できる	食事療法を理解できる 網膜症・腎症・動脈硬化を理解できる 治療薬について理解が深まる	神経障害を理解できる	糖尿病足病変を理解できる	脳卒中との関係を理解できる	シックデイが理解できる	心臓病への影響を理解できる	歯周病との関係を理解できる	運動療法を理解できる 骨粗鬆症との関係を理解できる	腹部疾患との関係を理解できる 継続治療の重要性を理解できる	
当日検査	<input type="checkbox"/> 絶食で受診 <input type="checkbox"/> 血液検査(採血) (一般・血糖・HbA1c) <input type="checkbox"/> 尿検査一般 <input type="checkbox"/> 尿微量アルブミン検査 <input type="checkbox"/> ABI/PWV	( <input type="checkbox"/> 血糖・HbA1c測定)	<input type="checkbox"/> CV-RR  ( <input type="checkbox"/> 血糖・HbA1c測定)	( <input type="checkbox"/> 血糖・HbA1c測定)	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー  ( <input type="checkbox"/> 血糖・HbA1c測定)	<input type="checkbox"/> 絶食で受診 <input type="checkbox"/> 血液検査 (一般・血糖・HbA1c)	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 胸部正面立位XP  ( <input type="checkbox"/> 血糖・HbA1c測定)	<input type="checkbox"/> 尿検査一般 <input type="checkbox"/> 尿微量アルブミン検査  ( <input type="checkbox"/> 血糖・HbA1c測定)	<input type="checkbox"/> 骨密度測定(50歳以上) <input type="checkbox"/> 非実施  ( <input type="checkbox"/> 血糖・HbA1c測定)	<input type="checkbox"/> 絶食で受診 <input type="checkbox"/> 腹部エコー  ( <input type="checkbox"/> 血糖・HbA1c測定)	
前回検査との比較、記載	初期診療パス開始時の ・微量アルブミン値 ・ABI/PWVの各々の値を患者パスに記載 今回のABI/PWVの値を患者パスに記載	初期診療パス開始時および現在の ・目標摂取カロリー、塩分、蛋白を患者パスに記載 ・今回の尿微量アルブミン値を記載	診療開始時および現在の ・自覚症状 ・神経障害を聞き取り、患者パスに記載	診療開始時および現在の 足病変について聞き取り、患者パスに記載	医師から頸動脈硬化症の変化を説明		医師から心電図・胸部XPの変化を説明	診療開始時および現在の ・う歯の出現 ・歯周病の変化を聞き取り、患者パスに記載	診療開始時および現在の ・YAM値を患者パスに記載 ・今回の尿微量アルブミン値を患者パスに記載	医師から腹部エコー所見の変化を説明	
説明・指導	<input type="checkbox"/> フォローアップパスの手渡し <input type="checkbox"/> 糖尿病教室のご案内 <input type="checkbox"/> 眼科紹介状手渡し <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 栄養指導	<input type="checkbox"/> 3大合併症の説明	<input type="checkbox"/> フットケア  <input type="checkbox"/> 禁煙の重要性を説明	<input type="checkbox"/> 次回絶食受診の説明	<input type="checkbox"/> シックデイについて説明	<input type="checkbox"/> 歯科紹介希望の有無を確認	( <input type="checkbox"/> 歯科紹介状)(希望者のみ) <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 次回絶食受診の説明		
次回検査説明用紙手渡し	<input type="checkbox"/> 栄養指導予約表手渡し  ( <input type="checkbox"/> 採血口頭説明)	<input type="checkbox"/> CVRR <input type="checkbox"/> 口頭説明  ( <input type="checkbox"/> 採血口頭説明)	<input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> 口頭説明  ( <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 口頭説明)	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー説明用紙  ( <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 口頭説明)	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 口頭説明	<input type="checkbox"/> 心電図・胸部XP <input type="checkbox"/> 口頭説明  ( <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 口頭説明)	<input type="checkbox"/> 採尿説明  ( <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 口頭説明)	<input type="checkbox"/> 運動処方希望の有無を確認 <input type="checkbox"/> 骨密度(採血) <input type="checkbox"/> 口頭説明	<input type="checkbox"/> 腹部エコー説明用紙  ( <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 口頭説明)		
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											

フォローアップ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。