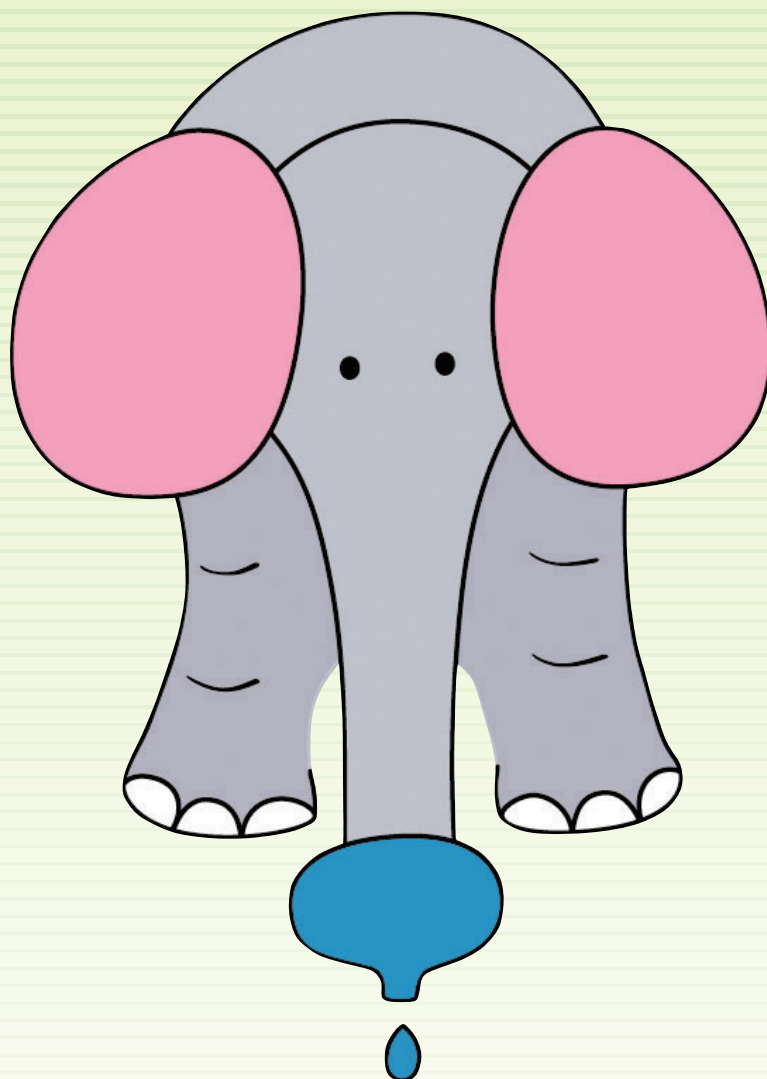


糖尿病・高血圧・慢性じんぞう病 連携パス



糖尿病・高血圧・慢性じんぞう病連携パスの使用方法

<専門医を受診するまでに実施すること>

1) かかりつけ医

- (1) 医師による記録を記載する。
- (2) 検査施行日と検査結果を記載する（検査結果を患者さんに渡した場合は、患者さんが記載する）。
- (3) 糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書を記載し、連携パス用とかかりつけ医用を剥がし、連携パスに貼付し、診療録に貼付する（電子カルテの場合には取り込む）。
- (4) 診療情報提供書の専門医用、診療情報提供書結果報告書の3枚複写、検査結果のコピー、処方内容のコピーを入れた封筒と連携パスを患者さんに渡す。

2) 患者さん

- (1) 患者さんによる記録を記載する。
- (2) 検査結果をかかりつけ医から渡された場合は、検査施行日と検査結果を記載する。
- (3) 専門医を受診する日に、連携パス、かかりつけ医から渡された封筒、自己記録ノート(血圧と血糖)、薬手帳を持参する。

<専門医が実施すること>

- 1) 糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書の専門医用（2枚目下段）を診療録に貼付する（電子カルテの場合には取り込む）。
- 2) 専門医受診日と医師による記録を記載する。
- 3) 必要に応じて、患者さん教育・栄養指導・検査・治療・他の専門医受診指示を行う。
- 4) 結果がすべて判明した時点で、必要な検査の種類や間隔・生活指導・薬物療法を患者さんに情報提供し、病状に応じて、次回受診日を予約する。
- 5) 診療情報提供書結果報告書を記載し、連携パス用と専門医用を剥がし、連携パスに貼付し、診療録に貼付する（電子カルテの場合には取り込む）。
- 6) 連携パスを患者さんに渡し、診療情報提供書結果報告書のかかりつけ医用と検査結果のコピーをかかりつけ医に郵送する。

<かかりつけ医が実施すること>

- 1) 専門医から郵送された糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書結果報告書を診療録に貼付する（電子カルテの場合には取り込む）。
- 2) 診療情報提供書結果報告書に記載されている専門医からの指示に従って検査を行い、検査結果を連携パスに記載するか、検査結果のコピーを貼付する。
- 3) 次回予約日または病状が変化し専門医受診を必要と判断した場合には、糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書を記載して、患者さんに受診を指示する。

<患者さんが実施すること>

- 1) 連携パスに貼付した診療情報提供書および結果報告書に記載されている名前を消去するかどうか決定する。
- 2) 連携パスを見ながら、病状を理解して、生活指導、栄養指導、薬物療法を遵守する。

< 注意事項 >

糖尿病・高血圧・慢性じんぞう病連携パスに診療情報提供書を添付した場合には、患者さんは、本人・かかりつけ医・専門医が記録した内容と一緒に、かかりつけ医と専門医との診療情報提供内容を確認することができますが、個人情報（名前）も記載されています。万が一、紛失された場合でも、医療施設では、電話でのお問い合わせでは、個人情報については一切お話し致しませんので、ご安心ください。なお、名前を塗りつぶすことなどにより個人情報を保護できます。

アルブミン尿の高値は、心血管病の危険因子および腎機能障害進行因子ですが、2012年1月時点では、糖尿病または早期糖尿病性腎症患者で、微量アルブミン尿を疑う場合に、3か月に1回しか算定できません。高血圧などの疾患でアルブミン尿を定量したい場合には、腎臓病早期発見推進機構の腎臓病早期評価プログラム（無料検診）を受けさせてください。

< 一般的なコントロール目標 >

（年齢、合併症などにより異なります）

| | | | |
|--------------------------|--|-----------------|--------------------------------------|
| 腹 囲 | 男性 85 cm 未満 女性 90 cm 未満 | 尿 酸 値 | 6.0 mg/dL 以下 |
| 体 格 指 数 (BMI) | 18.5~25 未満 | 尿 中 アル ブ ミ ン 値 | 随時 30 mg/g Cr 未満 早朝 10 mg/g Cr 未満 |
| 血 圧 | 収縮期 120 mmHg 前後 収縮期 85 mmHg 前後 | 尿 蛋 白 | 陰 性 |
| 血 糖 値 | 空 腹 時 110 mg/dL 未満 食後2時間 140 mg/dL 未満 | 尿 潜 血 | 陰 性 |
| ヘモグロビン A _{1c} 値 | 5.8 % 未満 (JDS 値) 6.2 % 未満 (国際標準値) | ク レ ア チ ニ ン 値 | 男性 1.04 mg/dL 以下 女性 0.79 mg/dL 以下 |
| LDL コレステロール値 | 120 mg/dL 未満 | 推 定 糸 球 体 濾 過 率 | 90mL/分/1.73m ² 以上 |
| HDL コレステロール値 | 男性 35 mg/dL 以上 女性 40 mg/dL 以上 | ヘ モ グ ロ ビ ン 値 | 11.0 ~ 12.0 g/dL |
| 中 性 脂 肪 値 | 150 mg/dL 以下 | カ リ ウ ム 値 | 4~5 mEq/L |
| | | リ ン 値 | 4.5 mg/dL 以下 |
| | | 補 正 カ ル シ ウ ム 値 | 8.7~10.0 mg/dL |

計算式 BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

補正カルシウム値 (mg/dL) = 実測カルシウム値 (mg/dL) + (4 - 血清アルブミン値 g/dL)

検査結果貼布欄

かかりつけ医検査施行日

年 月 日

専門医受診日

年 月 日

| 患者さんによる記録 | | 医師による記録 | |
|------------|---|--|--|
| 身長 (cm) | | 肥 満 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 体重 (kg) | | 血糖コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 腹 囲 (cm) | | 血圧コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 体格指数 (BMI) | | 慢性腎臓病 ステージ分類 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 血 圧 | 朝食前 (mmHg) | / | 胸部レントゲン |
| | (mmHg) | / | |
| | 就寝前 (mmHg) | / | |
| 脈 拍 | 朝食前 (回/分) | | 心 電 図 |
| | (回/分) | | |
| | 就寝前 (回/分) | | |
| 脈 拍 不 整 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 眼 底 | 腹部エコー |
| 胸 の 圧 迫 感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| め ま い | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ふ ら つ き | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 血 圧 脈 波 | 頸動脈エコー |
| 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 足 の 痛 み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 心 エ コ ー | 頭 部 C T |
| 足 の む く み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ス ト レ ス | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| タ バ コ | <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> なし | 患者さんまたは医師による記録 | その他の検査 |
| お 酒 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 運 動 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 栄養指導実施 | <input type="checkbox"/> あり(年) <input type="checkbox"/> なし | 血 糖 空 腹 時 (mg/dL) 食後2時間 | |
| 食事療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | ヘモグロビン A _{1c} (%) | |
| 薬物療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | 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) | |
| | | 尿 酸 (mg/dL) | |
| | | 尿中アルブミン 随 時 朝 (mg/g Cr) 早 | |
| | | 尿 蛋 白 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | 尿 潜 血 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | クレアチニン(mg/dL) | |
| | | 推定糸球体濾過率 (mL/分/1.73m ²) | |
| | | ヘモグロビン (g/dL) | |
| | | カリウム (mEq/L) | |
| | | リ ン (mg/dL) | |
| | | 補正カルシウム(mg/dL) | |

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書貼布欄

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書結果報告書貼布欄

血清カリウム濃度:5.5 mEq/L 以上の場合には、治療薬を処方し、果物や生野菜を食べないように指導して至急受診させてください。なお、高カリウム血症による心電図変化を認める場合には、大至急受診させてください。

血清クレアチニン濃度の急上昇、高血糖、低血糖、血圧上昇、血圧低下などを認める場合にも治療薬を調整して至急受診させてください。

検査結果貼布欄

かかりつけ医検査施行日

年 月 日

専門医受診日

年 月 日

| 患者さんによる記録 | | 医師による記録 | |
|------------|---|--|--|
| 身長 (cm) | | 肥 満 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 体重 (kg) | | 血糖コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 腹 囲 (cm) | | 血圧コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 体格指数 (BMI) | | 慢性腎臓病 ステージ分類 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 血 圧 | 朝食前 (mmHg) | / | 胸部レントゲン |
| | (mmHg) | / | |
| | 就寝前 (mmHg) | / | |
| 脈 拍 | 朝食前 (回/分) | | 心 電 図 |
| | (回/分) | | |
| | 就寝前 (回/分) | | |
| 脈 拍 不 整 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 眼 底 | 腹部エコー |
| 胸 の 圧 迫 感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| め ま い | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ふ ら つ き | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 血 圧 脈 波 | 頸動脈エコー |
| 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 足 の 痛 み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 心 エ コ ー | 頭 部 C T |
| 足 の む く み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ス ト レ ス | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| タ バ コ | <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> なし | 患者さんまたは医師による記録 | その他の検査 |
| お 酒 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 運 動 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 栄養指導実施 | <input type="checkbox"/> あり(年) <input type="checkbox"/> なし | 血 糖 空 腹 時 (mg/dL) 食後2時間 | |
| 食事療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | ヘモグロビン A _{1c} (%) | |
| 薬物療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | 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) | |
| | | 尿 酸 (mg/dL) | |
| | | 尿中アルブミン 随 時 早 朝 (mg/g Cr) | |
| | | 尿 蛋 白 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | 尿 潜 血 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | クレアチニン(mg/dL) | |
| | | 推定糸球体濾過率 (mL/分/1.73m ²) | |
| | | ヘモグロビン (g/dL) | |
| | | カリウム (mEq/L) | |
| | | リ ン (mg/dL) | |
| | | 補正カルシウム(mg/dL) | |

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書貼布欄

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書結果報告書貼布欄

血清カリウム濃度:5.5 mEq/L 以上の場合には、治療薬を処方し、果物や生野菜を食べないように指導して至急受診させてください。なお、高カリウム血症による心電図変化を認める場合には、大至急受診させてください。

血清クレアチニン濃度の急上昇、高血糖、低血糖、血圧上昇、血圧低下などを認める場合にも治療薬を調整して至急受診させてください。

検査結果貼布欄

かかりつけ医検査施行日

年 月 日

専門医受診日

年 月 日

| 患者さんによる記録 | | 医師による記録 | |
|------------|---|--|--|
| 身長 (cm) | | 肥 満 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 体重 (kg) | | 血糖コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 腹 囲 (cm) | | 血圧コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 体格指数 (BMI) | | 慢性腎臓病 ステージ分類 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 血 圧 | 朝食前 (mmHg) | / | 胸部レントゲン |
| | (mmHg) | / | |
| | 就寝前 (mmHg) | / | |
| 脈 拍 | 朝食前 (回/分) | | 心 電 図 |
| | (回/分) | | |
| | 就寝前 (回/分) | | |
| 脈 拍 不 整 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 眼 底 | 腹部エコー |
| 胸 の 圧 迫 感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| め ま い | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ふ ら つ き | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 血 圧 脈 波 | 頸動脈エコー |
| 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 足 の 痛 み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 心 エ コ ー | 頭 部 C T |
| 足 の む く み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ス ト レ ス | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| タ バ コ | <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> なし | 患者さんまたは医師による記録 | その他の検査 |
| お 酒 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 運 動 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 栄養指導実施 | <input type="checkbox"/> あり(年) <input type="checkbox"/> なし | 血 糖 空 腹 時 (mg/dL) 食後2時間 | |
| 食事療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | ヘモグロビン A _{1c} (%) | |
| 薬物療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | 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) | |
| | | 尿 酸 (mg/dL) | |
| | | 尿中アルブミン 随 時 朝 (mg/g Cr) 早 | |
| | | 尿 蛋 白 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | 尿 潜 血 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | クレアチニン(mg/dL) | |
| | | 推定糸球体濾過率 (mL/分/1.73m ²) | |
| | | ヘモグロビン (g/dL) | |
| | | カリウム (mEq/L) | |
| | | リ ン (mg/dL) | |
| | | 補正カルシウム(mg/dL) | |

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書貼布欄

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書結果報告書貼布欄

血清カリウム濃度:5.5 mEq/L 以上の場合には、治療薬を処方し、果物や生野菜を食べないように指導して至急受診させてください。なお、高カリウム血症による心電図変化を認める場合には、大至急受診させてください。

血清クレアチニン濃度の急上昇、高血糖、低血糖、血圧上昇、血圧低下などを認める場合にも治療薬を調整して至急受診させてください。

検査結果貼布欄

かかりつけ医検査施行日

年 月 日

専門医受診日

年 月 日

| 患者さんによる記録 | | 医師による記録 | |
|------------|---|--|--|
| 身長 (cm) | | 肥 満 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 体重 (kg) | | 血糖コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 腹 囲 (cm) | | 血圧コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 体格指数 (BMI) | | 慢性腎臓病 ステージ分類 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 血 圧 | 朝食前 (mmHg) | / | 胸部レントゲン |
| | (mmHg) | / | |
| | 就寝前 (mmHg) | / | |
| 脈 拍 | 朝食前 (回/分) | | 心 電 図 |
| | (回/分) | | |
| | 就寝前 (回/分) | | |
| 脈 拍 不 整 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 眼 底 | 腹部エコー |
| 胸 の 圧 迫 感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| め ま い | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ふ ら つ き | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 血 圧 脈 波 | 頸動脈エコー |
| 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 足 の 痛 み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 心 エ コ ー | 頭 部 C T |
| 足 の む く み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ス ト レ ス | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| タ バ コ | <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> なし | 患者さんまたは医師による記録 | その他の検査 |
| お 酒 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 運 動 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 栄養指導実施 | <input type="checkbox"/> あり(年) <input type="checkbox"/> なし | 血 糖 空 腹 時 (mg/dL) 食後2時間 | |
| 食事療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | ヘモグロビン A _{1c} (%) | |
| 薬物療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | 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) | |
| | | 尿 酸 (mg/dL) | |
| | | 尿中アルブミン 随 時 早 朝 (mg/g Cr) | |
| | | 尿 蛋 白 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | 尿 潜 血 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | クレアチニン(mg/dL) | |
| | | 推定糸球体濾過率 (mL/分/1.73m ²) | |
| | | ヘモグロビン (g/dL) | |
| | | カリウム (mEq/L) | |
| | | リ ン (mg/dL) | |
| | | 補正カルシウム(mg/dL) | |

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書貼布欄

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書結果報告書貼布欄

血清カリウム濃度:5.5 mEq/L 以上の場合には、治療薬を処方し、果物や生野菜を食べないように指導して至急受診させてください。なお、高カリウム血症による心電図変化を認める場合には、大至急受診させてください。

血清クレアチニン濃度の急上昇、高血糖、低血糖、血圧上昇、血圧低下などを認める場合にも治療薬を調整して至急受診させてください。

検査結果貼布欄

かかりつけ医検査施行日

年 月 日

専門医受診日

年 月 日

| 患者さんによる記録 | | 医師による記録 | |
|------------|---|--|--|
| 身長 (cm) | | 肥 満 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 体重 (kg) | | 血糖コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 腹 囲 (cm) | | 血圧コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 体格指数 (BMI) | | 慢性腎臓病 ステージ分類 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 血 圧 | 朝食前 (mmHg) | / | 胸部レントゲン |
| | (mmHg) | / | |
| | 就寝前 (mmHg) | / | |
| 脈 拍 | 朝食前 (回/分) | | 心 電 図 |
| | (回/分) | | |
| | 就寝前 (回/分) | | |
| 脈 拍 不 整 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 眼 底 | 腹部エコー |
| 胸 の 圧 迫 感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| め ま い | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ふ ら つ き | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 血 圧 脈 波 | 頸動脈エコー |
| 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 足 の 痛 み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 心 エ コ ー | 頭 部 C T |
| 足 の む く み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ス ト レ ス | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| タ バ コ | <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> なし | 患者さんまたは医師による記録 | その他の検査 |
| お 酒 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 運 動 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 栄養指導実施 | <input type="checkbox"/> あり(年) <input type="checkbox"/> なし | 血 糖 空 腹 時 (mg/dL) 食後2時間 | |
| 食事療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | ヘモグロビン A _{1c} (%) | |
| 薬物療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | 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) | |
| | | 尿 酸 (mg/dL) | |
| | | 尿中アルブミン 随 時 早 朝 (mg/g Cr) | |
| | | 尿 蛋 白 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | 尿 潜 血 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | クレアチニン(mg/dL) | |
| | | 推定糸球体濾過率 (mL/分/1.73m ²) | |
| | | ヘモグロビン (g/dL) | |
| | | カリウム (mEq/L) | |
| | | リ ン (mg/dL) | |
| | | 補正カルシウム(mg/dL) | |

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書貼布欄

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書結果報告書貼布欄

血清カリウム濃度:5.5 mEq/L 以上の場合には、治療薬を処方し、果物や生野菜を食べないように指導して至急受診させてください。なお、高カリウム血症による心電図変化を認める場合には、大至急受診させてください。

血清クレアチニン濃度の急上昇、高血糖、低血糖、血圧上昇、血圧低下などを認める場合にも治療薬を調整して至急受診させてください。

検査結果貼布欄

かかりつけ医検査施行日

年 月 日

専門医受診日

年 月 日

| 患者さんによる記録 | | 医師による記録 | |
|------------|---|--|--|
| 身長 (cm) | | 肥 満 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 体重 (kg) | | 血糖コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 腹 囲 (cm) | | 血圧コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 体格指数 (BMI) | | 慢性腎臓病 ステージ分類 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 血 圧 | 朝食前 (mmHg) | / | 胸部レントゲン |
| | (mmHg) | / | |
| | 就寝前 (mmHg) | / | |
| 脈 拍 | 朝食前 (回/分) | | 心 電 図 |
| | (回/分) | | |
| | 就寝前 (回/分) | | |
| 脈 拍 不 整 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 眼 底 | 腹部エコー |
| 胸 の 圧 迫 感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| め ま い | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ふ ら つ き | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 血 圧 脈 波 | 頸動脈エコー |
| 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 足 の 痛 み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 心 エ コ ー | 頭 部 C T |
| 足 の む く み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ス ト レ ス | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| タ バ コ | <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> なし | 患者さんまたは医師による記録 | その他の検査 |
| お 酒 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 運 動 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 栄養指導実施 | <input type="checkbox"/> あり(年) <input type="checkbox"/> なし | 血 糖 空 腹 時 (mg/dL) 食後2時間 | |
| 食事療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | ヘモグロビン A _{1c} (%) | |
| 薬物療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | 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) | |
| | | 尿 酸 (mg/dL) | |
| | | 尿中アルブミン 随 時 朝 (mg/g Cr) | |
| | | 尿 蛋 白 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | 尿 潜 血 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | クレアチニン(mg/dL) | |
| | | 推定糸球体濾過率 (mL/分/1.73m ²) | |
| | | ヘモグロビン (g/dL) | |
| | | カリウム (mEq/L) | |
| | | リ ン (mg/dL) | |
| | | 補正カルシウム(mg/dL) | |

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書貼布欄

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書結果報告書貼布欄

血清カリウム濃度:5.5 mEq/L 以上の場合には、治療薬を処方し、果物や生野菜を食べないように指導して至急受診させてください。なお、高カリウム血症による心電図変化を認める場合には、大至急受診させてください。

血清クレアチニン濃度の急上昇、高血糖、低血糖、血圧上昇、血圧低下などを認める場合にも治療薬を調整して至急受診させてください。

検査結果貼布欄

かかりつけ医検査施行日

年 月 日

専門医受診日

年 月 日

| 患者さんによる記録 | | 医師による記録 | |
|----------------------------|---|--|--|
| 身長 (cm) | | 肥 満 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 体重 (kg) | | 血糖コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 腹 囲 (cm) | | 血圧コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 体格指数 (BMI) | | 慢性腎臓病 ステージ分類 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 血 圧 | 朝食前 (mmHg) | / | 胸部レントゲン |
| | (mmHg) | / | |
| | 就寝前 (mmHg) | / | |
| 脈 拍 | 朝食前 (回/分) | | 心 電 図 |
| | (回/分) | | |
| | 就寝前 (回/分) | | |
| 脈 拍 不 整 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 眼 底 | 腹部エコー |
| 胸 の 圧 迫 感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| め ま い | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ふ ら つ き | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 血 圧 脈 波 | 頸動脈エコー |
| 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 足 の 痛 み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 心 エ コ ー | 頭 部 C T |
| 足 の む く み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ス ト レ ス | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| タ バ コ | <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> なし | 患者さんまたは医師による記録 | その他の検査 |
| お 酒 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 運 動 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 栄養指導実施 | <input type="checkbox"/> あり(年) <input type="checkbox"/> なし | 血 糖 空 腹 時 (mg/dL) 食後2時間 | ヘモグロビン A _{1c} (%) |
| 食事療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | | |
| 薬物療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | | |
| LDL-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) | | | |
| 尿 酸 (mg/dL) | | | |
| 尿中アルブミン 随 時 朝 (mg/g Cr) | | 尿 蛋 白 | 尿 潜 血 |
| 尿 蛋 白 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ | | |
| 尿 潜 血 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ | | |
| クレアチニン (mg/dL) | | 推定糸球体濾過率 (mL/分/1.73m ²) | ヘモグロビン (g/dL) |
| 推定糸球体濾過率 | | | |
| ヘモグロビン (g/dL) | | | |
| カリウム (mEq/L) | | リ ン (mg/dL) | 補正カルシウム(mg/dL) |
| リ ン (mg/dL) | | | |
| 補正カルシウム(mg/dL) | | | |

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書貼布欄

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書結果報告書貼布欄

血清カリウム濃度:5.5 mEq/L 以上の場合には、治療薬を処方し、果物や生野菜を食べないように指導して至急受診させてください。なお、高カリウム血症による心電図変化を認める場合には、大至急受診させてください。

血清クレアチニン濃度の急上昇、高血糖、低血糖、血圧上昇、血圧低下などを認める場合にも治療薬を調整して至急受診させてください。

検査結果貼布欄

かかりつけ医検査施行日

年 月 日

専門医受診日

年 月 日

| 患者さんによる記録 | | 医師による記録 | |
|------------|---|--|--|
| 身長 (cm) | | 肥 満 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 体重 (kg) | | 血糖コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 腹 囲 (cm) | | 血圧コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 体格指数 (BMI) | | 慢性腎臓病 ステージ分類 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 血 圧 | 朝食前 (mmHg) | / | 胸部レントゲン |
| | (mmHg) | / | |
| | 就寝前 (mmHg) | / | |
| 脈 拍 | 朝食前 (回/分) | | 心 電 図 |
| | (回/分) | | |
| | 就寝前 (回/分) | | |
| 脈 拍 不 整 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 眼 底 | 腹部エコー |
| 胸 の 圧 迫 感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| め ま い | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ふ ら つ き | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 血 圧 脈 波 | 頸動脈エコー |
| 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 足 の 痛 み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 心 エ コ ー | 頭 部 C T |
| 足 の む く み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ス ト レ ス | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| タ バ コ | <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> なし | 患者さんまたは医師による記録 | その他の検査 |
| お 酒 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 運 動 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 栄養指導実施 | <input type="checkbox"/> あり(年) <input type="checkbox"/> なし | 血 糖 空 腹 時 (mg/dL) 食後2時間 | |
| 食事療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | ヘモグロビンA _{1c} (%) | |
| 薬物療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | 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) | |
| | | 尿 酸 (mg/dL) | |
| | | 尿中アルブミン 随 時 朝 (mg/g Cr) 早 | |
| | | 尿 蛋 白 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | 尿 潜 血 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | クレアチニン(mg/dL) | |
| | | 推定糸球体濾過率 (mL/分/1.73m ²) | |
| | | ヘモグロビン (g/dL) | |
| | | カリウム (mEq/L) | |
| | | リ ン (mg/dL) | |
| | | 補正カルシウム(mg/dL) | |

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書貼布欄

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書結果報告書貼布欄

血清カリウム濃度:5.5 mEq/L 以上の場合には、治療薬を処方し、果物や生野菜を食べないように指導して至急受診させてください。なお、高カリウム血症による心電図変化を認める場合には、大至急受診させてください。

血清クレアチニン濃度の急上昇、高血糖、低血糖、血圧上昇、血圧低下などを認める場合にも治療薬を調整して至急受診させてください。

検査結果貼布欄

かかりつけ医検査施行日

年 月 日

専門医受診日

年 月 日

| 患者さんによる記録 | | 医師による記録 | |
|------------|---|--|--|
| 身長 (cm) | | 肥 満 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 体重 (kg) | | 血糖コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 腹 囲 (cm) | | 血圧コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 体格指数 (BMI) | | 慢性腎臓病 ステージ分類 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 血 圧 | 朝食前 (mmHg) | / | 胸部レントゲン |
| | (mmHg) | / | |
| | 就寝前 (mmHg) | / | |
| 脈 拍 | 朝食前 (回/分) | | 心 電 図 |
| | (回/分) | | |
| | 就寝前 (回/分) | | |
| 脈 拍 不 整 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 眼 底 | 腹部エコー |
| 胸 の 圧 迫 感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| め ま い | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ふ ら つ き | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 血 圧 脈 波 | 頸動脈エコー |
| 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 足 の 痛 み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 心 エ コ ー | 頭 部 C T |
| 足 の む く み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ス ト レ ス | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| タ バ コ | <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> なし | 患者さんまたは医師による記録 | その他の検査 |
| お 酒 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 運 動 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 栄養指導実施 | <input type="checkbox"/> あり(年) <input type="checkbox"/> なし | 血 糖 空 腹 時 (mg/dL) 食後2時間 | |
| 食事療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | ヘモグロビン A _{1c} (%) | |
| 薬物療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | 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) | |
| | | 尿 酸 (mg/dL) | |
| | | 尿中アルブミン 随 時 朝 (mg/g Cr) 早 | |
| | | 尿 蛋 白 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | 尿 潜 血 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | クレアチニン(mg/dL) | |
| | | 推定糸球体濾過率 (mL/分/1.73m ²) | |
| | | ヘモグロビン (g/dL) | |
| | | カリウム (mEq/L) | |
| | | リ ン (mg/dL) | |
| | | 補正カルシウム(mg/dL) | |

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書貼布欄

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書結果報告書貼布欄

血清カリウム濃度:5.5 mEq/L 以上の場合には、治療薬を処方し、果物や生野菜を食べないように指導して至急受診させてください。なお、高カリウム血症による心電図変化を認める場合には、大至急受診させてください。

血清クレアチニン濃度の急上昇、高血糖、低血糖、血圧上昇、血圧低下などを認める場合にも治療薬を調整して至急受診させてください。

検査結果貼布欄

かかりつけ医検査施行日

年 月 日

専門医受診日

年 月 日

| 患者さんによる記録 | | 医師による記録 | |
|------------|---|--|--|
| 身長 (cm) | | 肥 満 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 体重 (kg) | | 血糖コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 腹 囲 (cm) | | 血圧コントロール評価 | <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 体格指数 (BMI) | | 慢性腎臓病 ステージ分類 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 血 圧 | 朝食前 (mmHg) | / | 胸部レントゲン |
| | (mmHg) | / | |
| | 就寝前 (mmHg) | / | |
| 脈 拍 | 朝食前 (回/分) | | 心 電 図 |
| | (回/分) | | |
| | 就寝前 (回/分) | | |
| 脈 拍 不 整 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 眼 底 | 腹部エコー |
| 胸 の 圧 迫 感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| め ま い | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ふ ら つ き | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 血 圧 脈 波 | 頸動脈エコー |
| 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 手足の冷感 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 足 の 痛 み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 心 エ コ ー | 頭 部 C T |
| 足 の む く み | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| ス ト レ ス | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| タ バ コ | <input type="checkbox"/> あり(本/日) <input type="checkbox"/> なし | 患者さんまたは医師による記録 | その他の検査 |
| お 酒 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 運 動 | <input type="checkbox"/> あり(日/週) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 栄養指導実施 | <input type="checkbox"/> あり(年) <input type="checkbox"/> なし | 血 糖 空 腹 時 (mg/dL) 食後2時間 | |
| 食事療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | ヘモグロビン A _{1c} (%) | |
| 薬物療法遵守 | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> × | 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) | |
| | | 尿 酸 (mg/dL) | |
| | | 尿中アルブミン 随 時 朝 (mg/g Cr) | |
| | | 尿 蛋 白 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | 尿 潜 血 | <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ |
| | | クレアチニン (mg/dL) | |
| | | 推定糸球体濾過率 (mL/分/1.73m ²) | |
| | | ヘモグロビン (g/dL) | |
| | | カリウム (mEq/L) | |
| | | リ ン (mg/dL) | |
| | | 補正カルシウム(mg/dL) | |

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書貼布欄

糖尿病・高血圧・慢性腎臓病診療情報提供書結果報告書貼布欄

血清カリウム濃度:5.5 mEq/L 以上の場合には、治療薬を処方し、果物や生野菜を食べないように指導して至急受診させてください。なお、高カリウム血症による心電図変化を認める場合には、大至急受診させてください。

血清クレアチニン濃度の急上昇、高血糖、低血糖、血圧上昇、血圧低下などを認める場合にも治療薬を調整して至急受診させてください。



Kidney DTS
Kidney Disease Therapy Society

 **じんぞう病治療研究会**
<http://www.ckdjapan.com>

作成者：日本大学医学部附属板橋病院 腎臓高血圧内分泌内科 岡田一義

2008年 3月 初版
2012年 1月 第4版