

## 静岡市糖尿病連携パスのご案内

あなたの糖尿病は、専門医・多職種との連携診療が必要です

- ・HbA1C 8.0%超が持続している
- ・以下の様な、糖尿病性腎臓病の徴候がある  
尿アルブミン指数が 30mg/g・Cre 以上、または尿蛋白 1 + 以上  
(49 歳以下で) eGFR <60  
(50~69 歳で) eGFR <50  
(70 歳以上で) eGFR <40

- 糖尿病は透析を始めなければならない原因となる病気の第一位を占めています。
- 静岡市糖尿病連携パスとは、血糖管理がうまくいかない状態が持続している、または糖尿病性腎臓病、すなわち糖尿病があり、腎臓が悪くなっている（尿検査異常がみられる又は血清クレアチニン値が上昇している）患者さまにおいて、今後の心臓病・脳血管疾患の発症や、腎機能悪化→血液透析導入などを最小限とするための連携医療です。
- かかりつけ医と、糖尿病・腎臓を専門とする医師が連携し、患者さんを診察します。

### かかりつけ医

- ・患者さまが専門医受診をすべきかどうかをかかりつけ医が判断します
- ・連携パス票や検査結果等を準備し、専門医外来の予約をします
- ・専門医での検査や診療が終わったあと、結果とともに再度もどし紹介を受け、改めて定期通院での加療を行います
- ・数ヶ月～1年間の外来診療ののち、改善有無を判定、次回の専門医予約日に向けて再度紹介をします



### 専門医

- ・糖尿病と腎臓病の進行程度を見極めるため、血液・尿検査・超音波検査などの画像検査を行います 結果に応じて栄養や治療の支援、他の診療科の予約等を行います
- ・必要な診療や検査、支援が終わったら、かかりつけ医にもどし紹介をします
- ・専門医による経過観察は必要ですので、原則として再診の予約を入れてお帰りいただきます



静岡県糖尿病連携パス票（診療所→病院/専門医）

紹介先医療機関

年 月 日

\_\_\_\_\_

科 \_\_\_\_\_

先生 侍史 \_\_\_\_\_

紹介元医療機関

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

[紹介目的・依頼の内容]

- ☐ 連携診療(数ヶ月に1回貴院にも受診)の希望
- ☐ 今後の医療を貴院に依頼したい
- ☐ 医療をしばらく貴院に任せ、安定後もどし紹介希望
- ☐ 合併症の精査 ☐ 検査/支援入院希望
- ☐ 治療の見直し・助言 ☐ フットケア
- ☐ 栄養指導 ☐ 療養指導
- ☐ その他 ( \_\_\_\_\_ )

[希望する検査]

- ☐ 腹部エコー ☐ ABI・baPWV
- ☐ 頸動脈エコー ☐ 体組成
- ☐ 心エコー ☐ 骨密度測定
- ☐ その他 ( \_\_\_\_\_ )

|                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                        |   |   |   |   |                                                                                              |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------|---|---|---|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 患者                                                                                                                                                                               | ふりがな | 様                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 | 年 | 月 | 日 | 歳 | 性別                                                                                           | <input type="checkbox"/> 男 |
|                                                                                                                                                                                  | 氏 名  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 |   |   |   |   |                                                                                              | <input type="checkbox"/> 女 |
| 貴院への受診歴                                                                                                                                                                          |      | <input type="checkbox"/> 1. あり ( 患者ID _____ ) <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明                                                                                                                                                                                                           |      |                                                        |   |   |   |   |                                                                                              |                            |
| 病名(主訴)                                                                                                                                                                           |      | 糖尿病 ( <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 ) 罹病期間 ( _____ 年 ) <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                 |      |                                                        |   |   |   |   |                                                                                              |                            |
| 合併症                                                                                                                                                                              |      | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 腎症 <input type="checkbox"/> 神経障害<br><input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |      |                                                        |   |   |   |   |                                                                                              |                            |
| 糖尿病連携<br>紹介基準                                                                                                                                                                    |      | <input type="checkbox"/> HbA1C >8%遷延 <input type="checkbox"/> 尿ALB指数>30mg/gCre <input type="checkbox"/> 尿蛋白1+以上<br><input type="checkbox"/> eGFR<60(49歳以下) <input type="checkbox"/> eGFR<50(50-69歳) <input type="checkbox"/> eGFR<40(70歳以上)                                                                           |      |                                                        |   |   |   |   | 喫煙: <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 禁煙後 <input type="checkbox"/> 喫煙中 |                            |
| インスリン導入となった場合: <input type="checkbox"/> 当院で対応可能です <input type="checkbox"/> 当院で対応困難です<br>GLP-1/GIP製剤導入の場合: <input type="checkbox"/> 当院で対応可能です <input type="checkbox"/> 当院で対応困難です  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                        |   |   |   |   |                                                                                              |                            |
| 持参資料 <input type="checkbox"/> 1. データ ( <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 生活習慣病療養計画書 ) <input type="checkbox"/> 2. その他 ( _____ ) |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                        |   |   |   |   |                                                                                              |                            |
| <input type="checkbox"/> 別紙で診療情報提供書を添付します <input type="checkbox"/> 糖尿病連携手帳は患者が持参します                                                                                              |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                        |   |   |   |   |                                                                                              |                            |

静岡県糖尿病連携パス票 返信 (病院/専門医→診療所)

[連携パス返信用(病院/専門医→診療所)]

紹介先医療機関

年 月 日

紹介元医療機関

先生 侍史

医師名

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                    |               |                                        |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|---------------|----------------------------------------|
| ふりがな        |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> 男         | 次回予約日(病院/専門医) |                                        |
| 患者氏名        |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> 女         | 年 月 日         |                                        |
| 生年月日        | 西暦 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                    | 当院ID          |                                        |
| 現在の病状       | <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 合併症進行(腎・網膜・神経・大血管) <input type="checkbox"/> 血糖値安定に更なる調整が必要                                                                                                                                                                    |  |                                    |               |                                        |
| 当院の受診間隔     | <input type="checkbox"/> 6ヶ月フォロー <input type="checkbox"/> 1年フォロー <input type="checkbox"/> ( )ヶ月or( )年フォロー <input type="checkbox"/> 随時                                                                                                                                              |  |                                    |               |                                        |
| 今回実施した検査    | <input type="checkbox"/> 1. 腹部エコー                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 2. 頸動脈エコー |               | <input type="checkbox"/> 3. ABI・baPWV  |
|             | <input type="checkbox"/> 4. 骨密度測定                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 5. 体組成    |               | <input type="checkbox"/> 6. 心エコー, 胸腹CT |
| 今回実施した糖尿病支援 | <input type="checkbox"/> 1. 栄養指導 ( Kcal)                                                                                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> 2. 療養指導   |               | <input type="checkbox"/> 3. フットケア      |
|             | <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                    |               |                                        |
| 今回の処方       | <input type="checkbox"/> 変更なしです。現行のままでお願いします。<br><input type="checkbox"/> 薬を追加しました( )<br><input type="checkbox"/> 薬を減量・削除しました( )<br><input type="checkbox"/> ( )を処方追加して下さい<br><input type="checkbox"/> お薬手帳をご参照ください                                                                |  |                                    |               |                                        |
| 当院からの依頼事項   | <input type="checkbox"/> ヶ月毎にHbA1cを測定して下さい<br><input type="checkbox"/> ヶ月毎に尿中微量アルブミンを測定して下さい<br><input type="checkbox"/> HbA1cが %を超えた場合は、当院を受診させて下さい<br><input type="checkbox"/> 体重が Kg以上増加もしくは減少した場合は、当院に受診するように勧めて下さい<br><input type="checkbox"/> 6ヶ月 or 1年に1回、眼科を受診するように勧めてください |  |                                    |               |                                        |
| その他のお願い・連絡  | <input type="checkbox"/> 禁煙の説明をお願いします<br><input type="checkbox"/> ( kg)減量するように説明しています<br><input type="checkbox"/> 車の運転を控えるように伝えています<br><input type="checkbox"/> 1日 分程度散歩するように説明しています<br><input type="checkbox"/> 定期的に歯科受診するように勧めています                                               |  |                                    |               |                                        |

\* 病院受診当日は「お薬手帳」・「糖尿病連携手帳」も持参するようお願いください。  
\* 検査データはコピーを患者さんにお渡しください。診療情報提供書の原本は患者さんにお渡しください。

「連携パス再診用（診療所→病院/専門医）」

20      年      月      日

## 紹介元医療機関

醫師名



**[希望する検査]**

- ☐ 腹部エコー           ☐ ABI・baPWV  
☐ 頸動脈エコー       ☐ 体組成  
☐ 心エコー             ☐ 骨密度測定  
☐ その他（              ）

|                                                                                                                                                                                     |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |      |                                                                                                     |  |  |  |    |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----|----------------------------|
| 患者<br>氏名                                                                                                                                                                            | ふりがな |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 様 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭和          年          月          日          歳 |  |  |  | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 |
|                                                                                                                                                                                     | 氏名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |      | <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令                                              |  |  |  |    | <input type="checkbox"/> 女 |
| 貴院ID                                                                                                                                                                                |      | ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |      |                                                                                                     |  |  |  |    |                            |
| 合併症                                                                                                                                                                                 |      | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 腎症 <input type="checkbox"/> 神経障害<br><input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |      |                                                                                                     |  |  |  |    |                            |
| 現在の病状                                                                                                                                                                               |      | <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 合併症進行 <input type="checkbox"/> 血糖値安定に更なる調整が必要<br>直近の検査： HbA1C ( )      尿ALB指数 ( )mg/gCre    尿蛋白 ( )                                                                                                                                                        |   |      |                                                                                                     |  |  |  |    |                            |
| 特記事項など：                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |      |                                                                                                     |  |  |  |    |                            |
| 持参資料 <input type="checkbox"/> 1. データ ( <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 生活習慣病療養計画書          ) <input type="checkbox"/> 2. その他 ( ) |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |      |                                                                                                     |  |  |  |    |                            |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/>別紙で診療情報提供書を添付します</span> <span><input type="checkbox"/>糖尿病連携手帳は患者が持参します</span> </div>     |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |      |                                                                                                     |  |  |  |    |                            |

**静岡県糖尿病連携パス票（病院/専門医→診療所）**

[連携パス開始用(病院/専門医→診療所)]

紹介先医療機関

年 月 日

紹介元医療機関

先生 侍史

医師名

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                    |               |                                        |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------|---------------|----------------------------------------|
| ふりがな           |                                                                                                                                                                                                                                                                               |    | <input type="checkbox"/> 男         | 次回予約日(病院/専門医) |                                        |
| 患者氏名           |                                                                                                                                                                                                                                                                               |    | <input type="checkbox"/> 女         | 年 月 日         |                                        |
| 生年月日           | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                         | 電話 | ID番号                               |               |                                        |
| 診断名            | <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( <input type="checkbox"/> 1型 ・ <input type="checkbox"/> 2型 ・ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 ) (罹病期間 年 <input type="checkbox"/> 不明)                                                                                    |    |                                    |               |                                        |
| 既往歴            | <input type="checkbox"/> 1. 高血圧                                                                                                                                                                                                                                               |    | <input type="checkbox"/> 2. 脂質異常症  |               | <input type="checkbox"/> 3. 肥満症        |
|                | <input type="checkbox"/> 4. 心筋梗塞・狭心症                                                                                                                                                                                                                                          |    | <input type="checkbox"/> 5. 心不全    |               | <input type="checkbox"/> 6. 脳梗塞        |
|                | <input type="checkbox"/> 7. その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                    |               |                                        |
| 家族歴            | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 従兄弟 <input type="checkbox"/> その他 )                                         |    |                                    |               |                                        |
| アレルギー歴         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )                                                                                                                                                                                                                     |    |                                    |               |                                        |
| 当院の受診間隔        | <input type="checkbox"/> 6ヶ月フォロー <input type="checkbox"/> 1年フォロー <input type="checkbox"/> ( )ヶ月or( )年フォロー <input type="checkbox"/> 随時                                                                                                                                         |    |                                    |               |                                        |
| 当院からの<br>依頼事項  | <input type="checkbox"/> 毎月毎にHbA1cを測定して下さい<br><input type="checkbox"/> 毎月毎に尿中微量アルブミンを測定して下さい<br><input type="checkbox"/> HbA1cが %を超えた場合は、当院を受診させて下さい<br><input type="checkbox"/> 体重が Kg以上増加もしくは減少した場合は、当院を受診させて下さい<br><input type="checkbox"/> 6ヶ月 or 1年に1回、眼科を受診するようにお勧めください |    |                                    |               |                                        |
| その他のお願い・<br>連絡 | <input type="checkbox"/> 禁煙指導をお願いします<br><input type="checkbox"/> ( kg)減量するように指導しています<br><input type="checkbox"/> 車の運転を控えるように伝えています<br><input type="checkbox"/> 1日 分程度散歩するように指導しています<br><input type="checkbox"/> 定期的に歯科受診するように勧めています                                           |    |                                    |               |                                        |
| 実施済の検査         | <input type="checkbox"/> 1. 腹部エコー                                                                                                                                                                                                                                             |    | <input type="checkbox"/> 2. 頸動脈エコー |               | <input type="checkbox"/> 3. ABI・baPWV  |
|                | <input type="checkbox"/> 4. 骨密度測定                                                                                                                                                                                                                                             |    | <input type="checkbox"/> 5. 体組成    |               | <input type="checkbox"/> 6. 心エコー, 胸腹CT |
|                | <input type="checkbox"/> 6. その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                    |               |                                        |

\* 病院受診当日は「お薬手帳」「糖尿病連携手帳」を持参するようお願いください。

\* 検査データはコピーを患者さんにお渡しください。診療情報提供書の原本は患者さんにお渡しください。