


かかりつけ医における糖尿病治療計画チェックシート（電子媒体用）

●聞き取りや検査結果等について、「該当する」「実施した（実施している）」「説明や指示をした」項目に☑を入れる。本シートは糖尿病連携手帳を記載する時に、説明事項や治療内容の確認として用いる。

①基本情報 ※糖尿病連携手帳 ☐配付 ☐記載 患者名 _____ (発行日：R . . .)

病型		身体所見		既往歴・併存疾患		家族歴									
☐1型糖尿病 ☐2型糖尿病 ☐境界型 ☐その他 ☐妊娠糖尿病 診断年月日 (年 月 日)		☐身長測定 _____ cm ☐体重 _____ kg ☐BMI() ☐腹囲測定 _____ cm ☐血圧測定 _____ mmHg / _____ mmHg ☐自覚症状 { ☐口渇 ☐多飲 ☐多尿 ☐短期間での体重減少 ☐視力低下 ☐足のしびれ感 ☐歩行時下肢痛 ☐その他 () } ☐アキレス腱反射・足の観察 ☐低血糖		☐肥満 ☐ステロイド治療 ☐虚血性心疾患 ☐他科受診 () ☐脳血管障害 ☐その他 ☐肝疾患 () ☐膵臓疾患 ☐悪性腫瘍		☐肥満 ☐悪性腫瘍 ☐糖尿病 ☐他科受診 () ☐虚血性心疾患 ☐その他 ☐脳血管障害 () ☐肝疾患 ☐膵臓疾患									
合併症		※治療目標 ☐設定 ☐説明													
☐網膜症 ☐歯周病 ☐腎症 ☐動脈硬化 ☐神経障害 ☐足病変		<p>1 血糖管理 HbA1c _____ %</p> <p>2 血糖管理 _____ / _____ mmHg</p> <p>3 肥満改善 体重 _____ kg BMI _____</p> <p>4 脂質管理 () _____</p> <p>※1 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用もなく達成可能な場合の目標とする。 ※2 合併症予防の観点から HbA1cの目標値を7%未満とする。 対応する血糖値としては、空腹時血糖値 130mg/dl 未満、食後2時間血糖値 180mg/dl 未満をおおよその目標とする。 ※3 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。 ※4 上記※1～※3はいずれも成人に対するの目標値であるが、妊娠糖尿病は除くものとする。</p> <p>・130/80mmHg 未満、尿蛋白 1g/日以上においては 125/75mmHg 未満を目標とする。 ・BMI 22の標準体重を目標とするが、肥満 (BMI ≥ 25) の人は当面は、現体重の5%減を目指す。達成後は20歳時の体重や、個人の体重変化の経過、身体活動量などを参考に目標体重を決める。25kcal/kg 標準体重から出発し、減量速度は1か月2kg以内とする。 ・LDL-C 120mg/dl 未満 (冠動脈疾患がある場合は 100mg/dl 未満)、TG 150mg/dl 未満 (早朝空腹時)、HDL-C 40mg/dl 以上</p>													
定期的な検査		 <table border="1"> <caption>血糖コントロール目標</caption> <thead> <tr> <th>目標</th> <th>血糖正常化を目指す目標 *1</th> <th>合併症予防のための目標 *2</th> <th>治療強化が困難な際の目標 *3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c (%)</td> <td>6.0未満</td> <td>7.0未満</td> <td>8.0未満</td> </tr> </tbody> </table> <p>治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する</p>						目標	血糖正常化を目指す目標 *1	合併症予防のための目標 *2	治療強化が困難な際の目標 *3	HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満
目標	血糖正常化を目指す目標 *1	合併症予防のための目標 *2	治療強化が困難な際の目標 *3												
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満												
☐血糖値(空腹時・随時・食後)	☐LDL-C														
☐HbA1c	☐HDL-C														
☐尿糖	☐尿素窒素														
☐尿ケトン体	☐血清クレアチニン														
☐AST	☐eGFR														
☐ALT	☐尿中アルブミン														
☐γ-GTP	☐尿蛋白														
☐TG															

②生活指導及び薬物療法等の説明（実施後、糖尿病連携手帳に記載）

食事療法・生活習慣	運動療法	薬物療法	自己管理行動（セルフケア行動）について
☐栄養食事指導の実施（実施者☐医師 ☐管理栄養士 ☐その他） ☐標準体重の算出 _____ kg ☐エネルギー摂取量の指示 _____ kcal ☐炭水化物比率の指示（☐50% ☐55% ☐60%） ☐たんぱく質摂取量の指示 ☐食塩摂取量の制限 ☐飲酒習慣（ありの場合☐指導の実施）☐喫煙習慣（ありの場合☐指導の実施） エネルギー摂取量＝標準体重〔身長（m）×身長（m）×22〕×身体活動量 身体活動量の目安 軽労作（デスクワークが多い職業など） 25～30kcal/kg 標準体重 普通の労作（立ち仕事が多い職業など） 30～35kcal/kg 標準体重 重い労作用（力仕事の多い職業など） 35～ kcal/kg 標準体重	☐運動習慣 ☐運動禁止・制限 ☐運動療法の指示 指示内容 ☐歩行 ☐自転車・エアロバイク ☐ジョギング ☐水泳 ☐レジスタンス運動（筋力・筋量を増加させる運動） ☐その他 () 運動禁止・制限が必要な場合 空腹時血糖 250mg/dl 以上、尿ケトン体陽性、眼底出血、腎不全、心疾患、骨・関節疾患、急性感染症、糖尿病壊疽、高度の糖尿病自律神経障害	服薬について ☐薬物療法の意義 ☐薬の種類と作用の仕方 ☐薬の服用・使用のタイミング ☐副作用（低血糖、乳酸アシドーシス、脱水、浮腫、心不全、肝機能障害、光線過敏症など） ☐シックデイ ☐低血糖とその対応 ☐他科受診と併用薬 インスリン療法について ☐注射手法・保管方法 ☐自己血糖測定方法	☐自己管理に必要な心理的受け入れ・能力・生活状況・社会的支援状況の確認 ☐疾患・治療に対する思い ☐基本的日常生活動作(食事、排泄、移動、着替えなど) ☐基本的日常生活動作(外出や買物、食事準備、服薬、金銭管理など) ☐認知機能低下 ☐運動機能 ☐手指の機能 ☐視力 ☐聴力 ☐家族構成 ☐支援者の有無 ☐支援者の健康状態 ☐経済状況 ☐糖尿病連携手帳を用いた糖尿病教育と治療計画の説明

③重症化・合併症予防のための他医療機関との連携（糖尿病連携手帳の活用）

以下の項目が1つでもあったら、専門医・専門治療医療機関へ紹介	眼科 (糖尿病網膜症の早期発見、治療)	腎臓内科・泌尿器科等 (糖尿病腎症の早期発見、進展防止)	皮膚科・形成外科・整形外科・外科・神経内科 (糖尿病神経障害、足病変の早期診断、治療)	歯科診療所 (歯周病の予防、治療)
☐HbA1c 8.0%以上が2回以上または断続的に持続 ☐頻回低血糖などコントロール不安定 ☐インスリン導入 ☐慢性合併症の詳細な評価・治療 ☐治療抵抗性の高血圧症・肥満の評価・治療 ☐悪性腫瘍の検査 ☐1型糖尿病・妊娠・2次性糖尿病 ☐糖尿病性急性合併症の出現（糖尿病ケトアシドーシス、高血糖・低血糖による意識障害、中～重症感染症の合併） (専門治療医療機関で受けた事項) ☐糖尿病教育入院 ☐糖尿病教室 ☐栄養食事指導 ☐血糖自己測定 ☐持続血糖モニタ ☐フットケア ☐糖尿病友の会への参加	☐初診時（治療開始時）の眼科受診勧奨（必須） ☐定期的な受診勧奨（年1～2回） 糖尿病慢性合併症治療（糖尿病網膜症）を担う機能別医療機関参照【県保健医療計画に基づき県HPで公表】	☐尿中アルブミン検査の実施（1年に最低1回は実施） ☐尿中アルブミン排泄量（UAE）300 mg/g クレアチニン以上の場合、専門診療科への受診勧奨 糖尿病慢性合併症治療（糖尿病腎症）を担う機能別医療機関参照【県保健医療計画に基づき県HPで公表】	☐定期的な観察 { ☐足病変 ☐筋委縮 ☐神経障害 } { ☐白癬 ☐足の潰瘍 } ☐ () 科への受診勧奨 糖尿病慢性合併症治療（糖尿病神経障害）を担う機能別医療機関参照【県保健医療計画に基づき県HPで公表】	☐定期的な観察 { ☐口臭 ☐歯のぐらつき } { ☐歯肉の腫脹 } { ☐歯肉の出血 } ☐歯科への受診勧奨

出典：「糖尿病治療ガイド 2014-2015」「糖尿病療養指導ガイドブック 2015」