



福岡県医師会 第 30 号 (地)

平成 18 年 4 月 7 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 竹 嶋 康 弘



平成 17 年度糖尿病対策推進事業について

春暖の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、日本糖尿病対策推進会議では、日常診療における糖尿病対策推進に役立てていただくために、別添のとおり、食生活チェック（票 1）、身体活動チェック（票 2）、健診受診時に受診者に手渡す結果票（票 3）、糖尿病健診要医療者の評価（票 4）、食生活指導後の評価（票 5）、糖尿病治療のチェックシート、診療情報提供書（糖尿病患者紹介用・糖尿病患者逆紹介用）の書式案を作成した旨、通知がありましたので、ご参考までにお送りいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会会員へ本書式案を活用していただきますよう周知方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

なお、本書式データは日本医師会ホームページ (<http://www.med.or.jp/>) に掲載する予定でありますことを申し添えます。



日医発第1137号（地Ⅲ260）

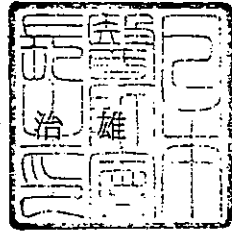
平成18年3月28日



都道府県医師会

会 長 殿

日 本 医 師 会
会 長 植 松



平成17年度糖尿病対策推進事業について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、日本糖尿病対策推進会議で作成いたしました「糖尿病治療のエッセンス（要約版）」につきましては、日医雑誌平成18年3月号に同封し、全会員に配布いたしました。

今年度、日本糖尿病対策推進会議では、本要約版と併せて、日常診療における糖尿病対策推進に役立てていただくために、別添のとおり、食生活チェック（票1）、身体活動チェック（票2）、健診受診時に受診者に手渡す結果票（票3）、糖尿病健診要医療者の評価（票4）、食生活指導後の評価（票5）、糖尿病治療のチェックシート、診療情報提供書（糖尿病患者紹介用・糖尿病患者逆紹介用）の書式案を作成いたしましたので、参考までにお送りいたします。

つきましては、貴会におかれまして本件についてご了知のうえ、貴会管下郡市区医師会及び会員に対して、本書式案を活用していただきますよう周知方よろしくご高配のほどお願いいたします。

なお、本書式のデータは、日本医師会のホームページに掲載する予定にしております。本書式案はひな型であり、活用していただくにあたり、修正していただいても結構ですので、よろしくお願い申し上げます。



I D	名 前 (ふりがな)	年 齢	性 別	健 診 場 所	住 所
					〒 -
		歳	男・女		

● 次の項目について該当する番号に○印をつけてください。

票1. 食生活チェック

1. 外食（市販の弁当や調理済食品などの利用も含む）を控えていますか （週3回以内）	1. はい 2. いいえ
2. 肉・卵よりも魚・大豆製品を多く摂取するようにしていますか	1. はい 2. いいえ
3. マヨネーズ、ドレッシングや揚げ物など油を使った料理を控えていますか （1日1回以内）	1. はい 2. いいえ
4. お菓子（まんじゅう、せんべい、ケーキ、菓子パンなど）や清涼飲料水（果汁、 スポーツ飲料、缶コーヒーも含む）を控えていますか（週3回以内）	1. はい 2. いいえ
5. アルコール飲料を飲みすぎないようにしていますか （1日あたり日本酒なら1合、ビールなら500mlまで）	1. はい 2. いいえ
6. 野菜を含んだ料理（漬物を除く）を1日5皿以上食べるようにしていますか	1. はい 2. いいえ
7. 栄養のバランスを意識していますか	1. はい 2. いいえ
8. 夜遅く食べないようにしていますか	1. はい 2. いいえ
9. 時間をかけてゆっくりよく噛んで食べるようにしていますか	1. はい 2. いいえ
10. 食べすぎ飲みすぎに気をつけていますか	1. はい 2. いいえ

票2. 身体活動チェック

1. 日頃から日常生活の中で、意識的に体を動かすなどの運動をしていますか	1. はい 2. いいえ
2. 1日で、外を歩く時間は合計して30分以上ありますか	1. はい 2. いいえ
*1日当たり平均何分歩いていますか	（ ）分
3. 1回30分以上の運動を、週2回以上実践し、1年以上持続していますか	1. はい 2. いいえ
* 「はい」と答えた人にお聞きします	（ ）
どんな運動ですか	（ ）
	（ ）
	（ ）

2と回答した数が多い人程、リスクが高くなります。

票3. 健診受診時に受診者に手渡す結果票

名 前 (ふりがな)	年齢	性別	健診場所
	歳	男 ・ 女	
1. あなたの 現在の体重は _____ kg 標準体重は _____ kg BMIは _____ kg/m ² です (BMI 25 kg/m ² 以上は肥満です)	1. 太りすぎです 3ヶ月で4～5kg は減量しましょう 2. やや太りすぎみです 3ヶ月で1～2kg は減量しましょう 3. 正常範囲です このままの体重を維持しましょう		
2. あなたの今回の血圧は 収縮期血圧 _____ mmHg 拡張期血圧 _____ mmHg です (140mmHg または90mmHg 以上は高血圧です)	1. 高いのでかかりつけ医にご相談ください 2. やや高いので食事と運動に気をつけましょう 3. 今のところ正常範囲です		
3. あなたの今回の血糖値は _____ mg/dl です (空腹時 110 mg/dl、食後 140 mg/dl 以上は高血糖です)	1. 高いのでかかりつけ医にご相談ください 2. やや高いので食事と運動に気をつけましょう 3. 今のところ正常範囲です		
4. 糖尿病を見逃していませんか あなたには、以下の項目がいくつあてはまりますか ☐ 血糖が高いといわれたことがある ☐ 肥満気味である ☐ 高血圧といわれて、薬をのんでいる ☐ 糖尿病の親、兄弟、姉妹がいる ☐ 40 歳以上である ☐ 外食が多い ☐ 野菜をあまり食べない ☐ あまり運動をしない ☐ 車に乗る機会が多い ☐ 妊娠時に尿から糖がでたといわれた	血糖が高いといわれたことがある、またはその他の項目がいくつあてはまる場合は、 <u>糖尿病の可能性が高いので、かかりつけ医とご相談ください</u>		
●生活習慣に気をつけましょう 1. 肥満を解消し、標準体重を維持しましょう 2. 自分の食生活を見直して、バランスのよい食事を心がけましょう 動物性食品や食塩を控え、食物繊維を増やしましょう 3. 適度な運動を心がけましょう 毎日 30 分以上歩きましょう 4. ストレスをためないようにしましょう 5. アルコールやたばこは控えましょう			

票4. 糖尿病健診要医療者の評価

イニシャル	年 齢	性 別	検査項目	経 過 の 推 移							
				初 回		3ヶ月後		6ヶ月後		9ヶ月後	
				検査値	治療	検査値	治療	検査値	治療	検査値	治療
			HbA1c								
			空腹時 血糖値								
			随時 血糖値								
			HbA1c								
			空腹時 血糖値								
			随時 血糖値								
			HbA1c								
			空腹時 血糖値								
			随時 血糖値								
			HbA1c								
			空腹時 血糖値								
			随時 血糖値								
			HbA1c								
			空腹時 血糖値								
			随時 血糖値								

治療内容：①食事・運動療法 ②経口血糖降下薬 ③インスリン ④経口血糖降下薬+インスリン

票5. 食生活指導後の評価

I D	名 前 (ふりがな)	年齢	性別	健診場所	住 所
		歳	男・女		〒

●次の項目について該当する番号に○印をつけてください。

(1) 指導を受けた後に体重の変化はありましたか。

1. 減った () kg	2. 変化なし	3. 増えた () kg
--------------------------	---------	--------------------------

(2) 食事指導後の食生活はいかがですか。

1. 外食（市販の弁当や調理済食品などの利用も含む）を控えていますか （週3回以内）	1. はい 2. いいえ
2. 肉・卵よりも魚・大豆製品を多く摂取するようにしていますか	1. はい 2. いいえ
3. マヨネーズ、ドレッシングや揚げ物など油を使った料理を控えていますか （1日1回以内）	1. はい 2. いいえ
4. お菓子（まんじゅう、せんべい、ケーキ、菓子パンなど）や清涼飲料水（果汁・スポーツ飲料、缶コーヒーも含む）を控えていますか（週3回以内）	1. はい 2. いいえ
5. アルコール飲料を飲みすぎないようにしていますか （1日あたり日本酒なら1合、ビールなら500 ml まで）	1. はい 2. いいえ
6. 野菜を含んだ料理（漬物を除く）を1日5皿以上食べるようにしていますか	1. はい 2. いいえ
7. 栄養のバランスを意識していますか	1. はい 2. いいえ
8. 夜遅く食べないようにしていますか	1. はい 2. いいえ
9. 時間をかけてゆっくりよく噛んで食べるようにしていますか	1. はい 2. いいえ
10. 食べすぎ飲みすぎに気をつけていますか	1. はい 2. いいえ

(3) 運動指導を受けた後の身体活動状況はいかがですか。

1. 運動指導後、日常生活の中で意識的に体を動かすようになりましたか	1. はい 2. いいえ
2. 1日で、外を歩く時間は合計して30分以上ありますか	1. はい 2. いいえ
* 1日当たり平均何分歩いていますか	() 分
3. 1回30分以上運動を、週2回以上実践し、6ヶ月以上持続していますか	1. はい 2. いいえ
	()
	()
* 「はい」と答えた人にお聞きします。どんな運動ですか	()
	()
4. 運動指導後、歩行スピードは速くなりましたか	1. はい 2. いいえ
5. 運動指導後、体力に自信がついてきましたか	1. はい 2. いいえ

糖尿病治療のチェックシート

項 目	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
診断				
空腹時血糖値				
OGTT				
随時血糖値				
自覚症状				
糖尿病の罹病期間(年)				
肥満度 BMI				
糖尿病専門医との連携				
コントロール指標				
1.空腹時血糖値				
2.食後2時間血糖値				
3.HbA1c 値				
4.血圧値				
5.総コレステロール値 (1回 /3ヵ月)				
6.LDL-コレステロール値 (1回 /3ヵ月)				
7.中性脂肪(空腹時)値 (1回 /3ヵ月)				
8.HDL-コレステロール値 (1回 /3ヵ月)				
食事療法の指導				
運動療法 1日の歩数				
治療 経口血糖降下薬				
合併症				
糖尿病網膜症 (眼科受診 (1回 /年))				
糖尿病腎症				
尿中微量アルブミン (1回 /6ヵ月~1年)				
蛋白尿 (1回 /1~3ヵ月)				
尿素窒素(mg/dl) (1回 /1~3ヵ月)				
クレアチン(mg/dl) (1回 /1~3ヵ月)				
腎症の食事療法				
腎症の食事療法の指導				
蛋白指示量(g)				
食塩指示量(g)				
糖尿病神経障害 (1回 /年)				
糖尿病足病変 (1回 /年)				
動脈硬化性疾患				
心電図 (1回 /年)				
冠動脈疾患				
脳血管障害				
下肢閉塞性動脈硬化症				
血圧値(mmHg) (1回 /月)				
降圧剤の使用				
高脂血症薬使用				

「糖尿病治療のエッセンス」に基づいて項目が記載されています。

診療情報提供書(糖尿病患者紹介用)

紹介先医療機関等名

担当医 科 様

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男・女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名 1. 糖尿病 (1. 1型 2. 2型 3. その他 4. 不明)

2. 糖尿病の合併症 (疾患名:)

紹介目的 1. 1型糖尿病の管理 2. 急性合併症の管理 (昏睡 外アド・シス) 3. インスリン治療導入

4. 血糖コントロール・教育入院 5. 眼科的合併症の精査 6. その他 ()

既往歴及び家族歴症状経過及び検査結果

初診年月日

検 査 日				
血糖 (空腹・食後)				
HbA1c (%)				

糖尿病網膜症(未検査・網膜症なし・網膜症あり)

治療経過

食事療法食事療法 ()kcal

現在の処方 (書ききれない場合処方の一覧等を添付)備考

(必要な項目のみご記入下さい)

診療情報提供書(糖尿病患者逆紹介用)

紹介先医療機関等名

担当医

科

様

平成

年

月

日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男・女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名 1. 糖尿病 (1. 1型 2. 2型 3. その他 4. 不明)

2. 糖尿病の合併症 (疾患名:)

紹介目的既往歴及び家族歴症状経過及び検査結果

推定糖尿病罹病期間 ()年 身長 ()cm 体重 ()kg

血圧 / mmHg 尿糖 ()・尿蛋白 ()・尿ケトン ()

眼底所見 (網膜症なし・単純網膜症・増殖前網膜症・増殖網膜症) HbA1c % (実施日)

総コレステロール mg/dl・HDL-コレステロール mg/dl・中性脂肪 mg/dl (空腹・食後)

尿素窒素 mg/dl・クレアチニン mg/dl・尿酸 mg/dl

検査日						
血糖 (空腹・食後)						

その他の検査結果 (微量アルブミン・神経障害の有無等)

治療経過 食事療法 ()kcal現在の処方 (書ききれない場合処方の一覧等を添付)備考 (血糖測定器・穿刺器具の種類等)