糖尿病地域連携パス

医療者用

かかりつけ医

医療機関名 _____ 病院名 _____

医師名 _____ 医師名 _____

【必須項目】	月1回、実施した時にチェックして下さい					
実施場所						
実施日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
体重						
血圧						
HbA1c						
血糖値						
LDL-c*						
HDL-c						
TG						

【必須項目】	月1回、実施した時にチェックして下さい					
実施場所						
実施日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
体重						
血圧						
HbA1c						
血糖値						
LDL-c*						
HDL-c						
TG						

*LDL-cはTG400mg/dL以下ならFriedewald式(Total-c - HDL-c - TGx0.2)による計算値も可

【重要項目】	必要に応じて適宜行い、チェックして下さい							
実施場所								
実施日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
眼底検査								
尿アルブミン測定								
足の観察								
栄養指導・患者教育								

【参考項目】　概ね１年に１回行い、チェックして下さい

□振動覚　□CV_{R-R}　□起立テスト　□Ccr（mL/分）　□頭部CT・MRI

□頸動脈エコー　□心エコー　□負荷心電図　□冠動脈造影CT

□脈波伝播速度(baPWV)　□足関節上腕血圧比(ABI)　□足趾上腕血圧比(TBI)

□胸部レントゲン　□胃カメラ　□腹部エコー　□他の癌検診

□Cペプチド（食前・食後）(ng/mL)

□ｲﾝｽﾘﾝ抵抗性指数(ｲﾝｽﾘﾝ抵抗性指数=空腹時血糖x空腹時IRI÷405、≧2.5で抵抗性)