佐賀県糖尿病連携手帳

お薬手帳と一緒に持ち歩き、病院やクリニック、
歯科、薬局では必ずこの手帳を出しましょう

年　　月 ～　　年　　月

佐賀県　佐賀県医師会
日本糖尿病協会佐賀県支部
佐賀県糖尿病対策推進会議

この手帳は患者さんご自身の情報が記載されています。
医療機関に受診される際には糖尿病連携手帳とおくすりノートを持参しましょう。

合併症予防のための
HbA1c目標値
7.0%未満

佐賀県
http://www.pref.saga.lg.jp/

私は糖尿病です

☆☆ I Have Diabetes ☆☆

私が意識をなくしたり、おかしな行動を示したら、私の携帯している砂糖（ブドウ糖）またはジュースか砂糖水を飲ませてください。飲めない場合や飲んでも回復しない時は、救急車（119番）を呼んでください。

☆ 医療関係者の皆様へのお願い ☆

私の意識が低下していたり、異常な行動を示すときは、血糖値を調べてください。低血糖が疑われた場合は、ブドウ糖の注射をお願いします。また災害、手術などで私の詳しい情報が必要な場合には、かかりつけ医療機関や主治医に照会をお願いします。

フリガナ	性別
氏名	男 女
生年月日 明・大・昭・平　　年　　月　　日	
住所　（〒　　－　　） ☏：　　（　　）	
勤務先／緊急連絡先 ☏：　　（　　）	
かかりつけ医 ☏：　　（　　）	
糖尿病専門医療機関 ☏：　　（　　）	

かかりつけ眼科医 ☏：　　（　　）
かかりつけ歯科医 ☏：　　（　　）
かかりつけ薬局・薬剤師 ☏：　　（　　）
担当ケアマネージャー ☏：　　（　　）
担当管理栄養士 ☏：　　（　　）
担当保健師 ☏：　　（　　）

佐賀県糖尿病連携手帳の説明

ー 自分をまもろう！
地域でまもろう！
糖尿病 ー

1. 佐賀県糖尿病連携手帳は「かかりつけ医」と「専門医療機関」が連携し、患者さんを合併症からまもるためのものです。
2. 患者さんは連携手帳を見て、自分自身の血糖値や合併症がどのような状態にあるのか把握してください。そして合併症にならないように、そして進行しないように

   自 分 を ま も り ま し ょ う!!
3. 「かかりつけ医」は糖尿病の治療を続けても高血糖（HbA1c 8.0%以上）が改善されない患者さんや合併症が進行した患者さんを「専門医療機関」に紹介します。

紹介の目安

（1）HbA1c が 2ヵ月連続して 8.0%以上
（2）腎機能障害が進行したとき
（3）頸動脈エコーにて最大肥厚（max IMT）
　　が1.5mm以上

大切な検査項目は、赤で囲んでいます。
必ず定期的に検査し結果を確認してください。

4. 「眼科」と「歯科」は血液や尿検査では合併症の進行がわかりづらいため症状がなくても定期的に受診しましょう。
5. 「専門医療機関」は患者さんの血糖コントロールおよび糖尿病合併症治療の方針が決まり、病状が安定した時は「かかりつけ医」に紹介します。診療内容や治療方針は共有しているので医療機関が変わっても心配ありません。佐賀県は

地域で患者さんを合併症からまもります!!

基本情報

記載日	年　　月　　日		
施設		記載者	

氏名		性別	男・女
身長	cm	体重	kg
理想体重	kg	BMI	
最大体重	kg （　　歳頃）	20歳頃の体重	kg

診断日 年　月　日	・1型糖尿病　・2型糖尿病 ・その他　　・妊娠糖尿病
健診歴	あり　・　なし （最終健診　　年　　月　）

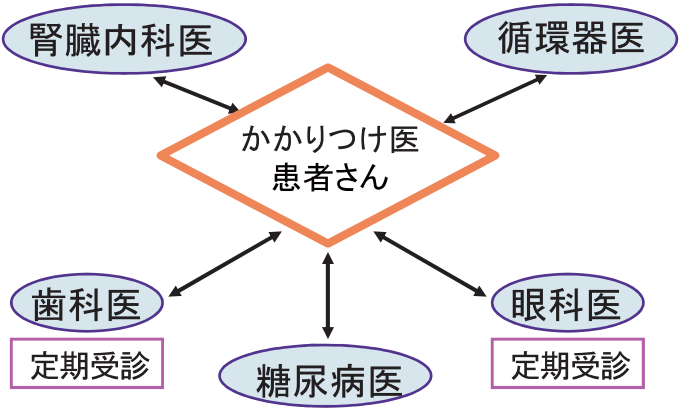
指示エネルギー	kcal/日	炭水化物量	%
たんぱく質量	g/日	食塩相当量	g/日未満
介護度	なし　要支援1. 2　要介護1. 2. 3. 4. 5		

かかりつけ医と専門医療機関の連携

初めて腎機能障害が指摘されたとき
尿蛋白 1（＋）、アルブミン 30mg/gCr 以上

腎機能障害が進行したとき
① eGFR 50 mL/分未満
② クレアチニン
男 1．2 mg/dL 以上
女 1．0 mg/dL 以上
③ 尿蛋白 2（＋）、0．5 g/gCr 以上

頸動脈エコー
最大肥厚
1．5 mm 以上



HbA1c が2ヵ月連続して 8．0%以上

糖尿病とは

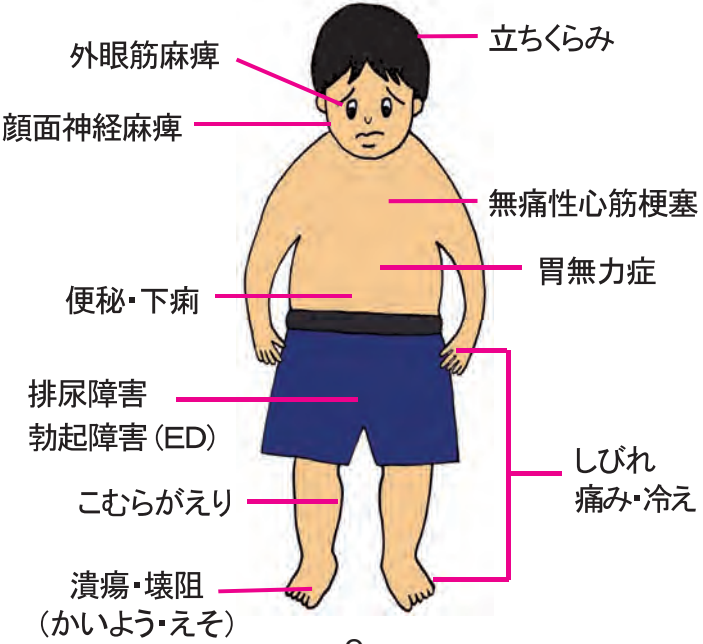
糖尿病は**インスリンの作用が不足**することにより**慢性の高血糖状態**となる病気です。
慢性に続く高血糖は、眼・腎・神経の**細小血管症**および**全身の動脈硬化**（脳梗塞・心筋梗塞・末梢血管障害）などの合併症を起こし、日常生活に著しい障害をきたします。

糖尿病はどうして怖いのでしょう？

糖尿病は**自覚症状があまりない**ことが特徴です。そのため治療せずに放置したり、勝手に治療を中断してしまう場合があり、合併症を引き起こしてしまいます。合併症も進行しないと症状がありません。そのため安易に考えず**自分の血糖値を知ることや合併症になっているかを確認することが大切**です。

神経障害

高血糖が続くと神経の働きに障害が起こり、末梢神経障害（足のしびれ・冷え・こむらがえり）、自律神経障害（立ちくらみ・排尿障害・便秘・下痢・勃起障害）、足病変（足の感覚低下・足潰瘍（かいよう）・足壊疽（えそ））が生じます。



腎 症

高血糖が続くと腎臓に障害が生じます。初期には尿中にアルブミンが出現し、障害が進むにつれ尿蛋白が増加します。さらに進行すると人工透析になります。新規の人工透析の約半数は糖尿病腎症が原因です。
良好な血糖コントロールと血圧(130/80mmHg) を維持しましょう。腎障害が進行した場合、血圧は125/75mmHg を目標にします。

糖尿病早期腎症(糖尿病腎症第2期)は随時尿の場合、尿アルブミン30mg/gCr以上の出現で診断します。尿アルブミンの出現は腎不全の前兆です。定期的に尿アルブミン、尿蛋白、クレアチニン、eGFR を検査することは病状や治療の効果をみるために有用です。
尿アルブミンの測定は3ヵ月間隔をあけてください。

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

佐賀県では糖尿病が原因で毎年約150名の方が新たに人工透析を導入されることから透析導入を予防するために糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成しました。

このプログラムの対象となる方は

1. 医療機関未受診者
   過去の健診において、以下のいずれにも該当する者
   1）空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上の者
   2）尿蛋白を認める者又はeGFRが60ml/分/1.73㎡未満の者
2. 糖尿病治療中断者
3. 糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

に対して、かかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医、糖尿病療養指導士、保健師、ケアマネが連携して治療します。
自分の現状と経過をCKDの重症度分類と腎症ステージで確認してください。

CKD（慢性腎臓病）の重症度分類

健診や医療機関測定したeGFR（イージーエフアール）とアルブミン尿、蛋白尿で現在の腎機能と末期腎不全、心血管疾患の危険性がわかります。

■ ■ ■ の方は医療機関にご相談ください。

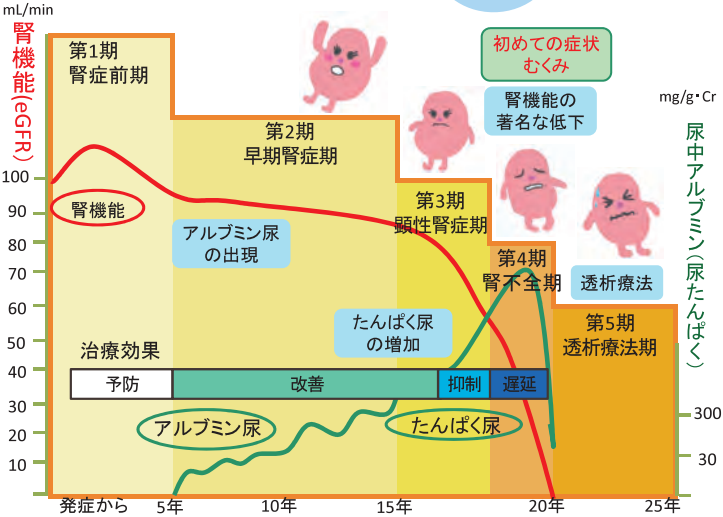
原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量（mg/日） 尿アルブミン/Cr比（mg/gCr）		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30未満	30－299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明、その他		尿蛋白定量（g/日） 尿蛋白/Cr比（g/gCr）		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
				0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分（mL/分/1.73m²）	G1	正常または高値	≧90			
	G2	正常または軽度低下	60～89			
	G3a	軽度～中等度低下	45～59			
	G3b	中等度～高度低下	30～44			
	G4	高度低下	15～29			
	G5	末期腎不全（ESKD）	＜15			

KDIGO CKD guideline2012を日本人用に改変

腎症ステージ G □ A □ 記入してみてください

腎症ステージ

進行を止めるには
1. 血圧コントロール
2. 塩分制限
3. 血糖コントロール
が大切です！！



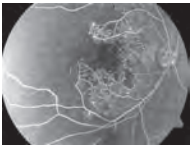
腎機能（eGFR＝イージーエフアール）が低下する速さ、つまり赤ラインの角度をみることで透析導入の時期や治療効果を評価できます。治療が不十分な場合はeGFRは1年で5～10ml/min低下します。

尿中のNa、Crを調べると1日でどれくらい塩分をとっているかわかります。

網膜症

高血糖が続くと網膜の毛細血管に障害が起きます。
進行すれば失明の原因になります。
網膜症は進行するまで自覚症状がないため眼科で定期的な検査を受けましょう。

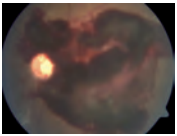
糖尿病発症 → 単純網膜症
5～10年 （軽症～中等症非増殖網膜症）



眼底所見	・点状出血 ・硬性白斑
主な治療	血糖コントロール
自覚症状	なし （黄斑部に浮腫が起これば視力低下）

眼底検査の目安

正常から単純網膜症（軽症非増殖）：1回／年
単純網膜症（中等症非増殖）　：1回／6ヵ月
増殖前網膜症（重症非増殖）　：1回／2～3ヵ月
増殖網膜症　：1回／1～2ヵ月

	増殖前網膜症（重症非増殖網膜症）	増殖網膜症
5年前後		1～2年 
	・線状出血 ・軟性白斑	・新生血管 ・硝子体出血 ・網膜剥離
	☆・光凝固 （レーザー治療）	・光凝固 ・硝子体手術
	なし （黄斑部に浮腫が起これば視力低下）	・視力低下 ・飛蚊症 ・失明

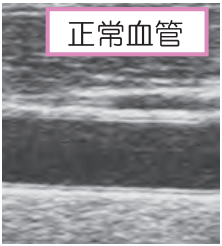
☆網膜症の増悪を早期発見し、光凝固療法を受ければ失明を避けることも可能です。

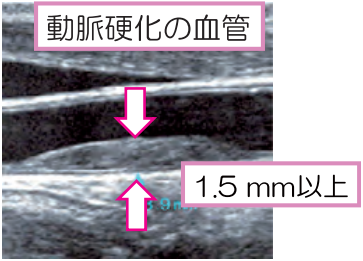
動脈硬化

高血糖が続くと動脈硬化が進み、心筋梗塞や脳梗塞のなどの原因となります。糖尿病があると狭心症や心筋梗塞でも胸痛などの症状がない場合が30%前後あります。そのため症状がなくても定期的に足首・上肢血圧比や頸部エコーなどの動脈硬化の検査を行うことが必要です。また高血圧や脂質異常症、肥満、喫煙も動脈硬化を進めます。

頸動脈エコーで動脈硬化の検査をしましょう。

最大の動脈の肥厚度（IMT）が1.5 mm以上の方は、心臓の血管にも動脈硬化が進行して心筋梗塞になる可能性が高くなります。その場合は循環器の医師に相談して下さい。心臓の血管を調べる検査（冠動脈CTなど）を行い、血管が狭くなっている時には血管を広げる（PCI）などの治療します。





動脈硬化を防ぐためには

- 良好な血糖コントロールを保ちましょう
- 高血圧や脂質異常症、肥満に注意しましょう
- 禁煙に努めましょう

高血圧症

降圧目標は130/80mmHg未満です。

140/90mmHg以上の高血圧では、生活習慣の改善と同時に降圧薬を開始しましょう。

腎症合併で尿蛋白1g/gCr 以上であれば目標は125/75mmHg未満です。家庭血圧測定(125/75mmHg) を勧めましょう。

脂質異常症

冠動脈疾患	脂質管理目標		
	LDL-コレステロール	HDL-コレステロール	TG（中性脂肪）
なし	120未満	40以上	150未満
あり	100未満		

歯周病

歯周病は、糖尿病患者の 95%がかかっているといわれている病気です。歯肉などの歯の周囲の組織に細菌が、感染して起こる慢性的な感染症で、進行すると歯を支えている骨が破壊され、歯がグラグラ揺れてきます。さらに進行すると、むし歯のない健康な歯でも、抜け落ちてしまいます。

かかりつけ歯科医に相談し、3か月に一度は歯科医院を受診しましょう！

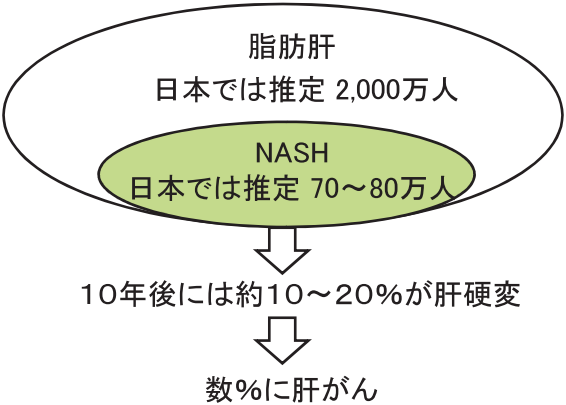
・糖尿病が進行すると歯周病が悪化します
・歯が揺れたり、抜けてしまうと、しっかり噛めなくなり、食事療法が難しくなります
・歯周病が改善し、安定するとHbA1cが低下し、糖尿病の改善に役立ちます

歯周病の治療や予防には歯みがきが有効！

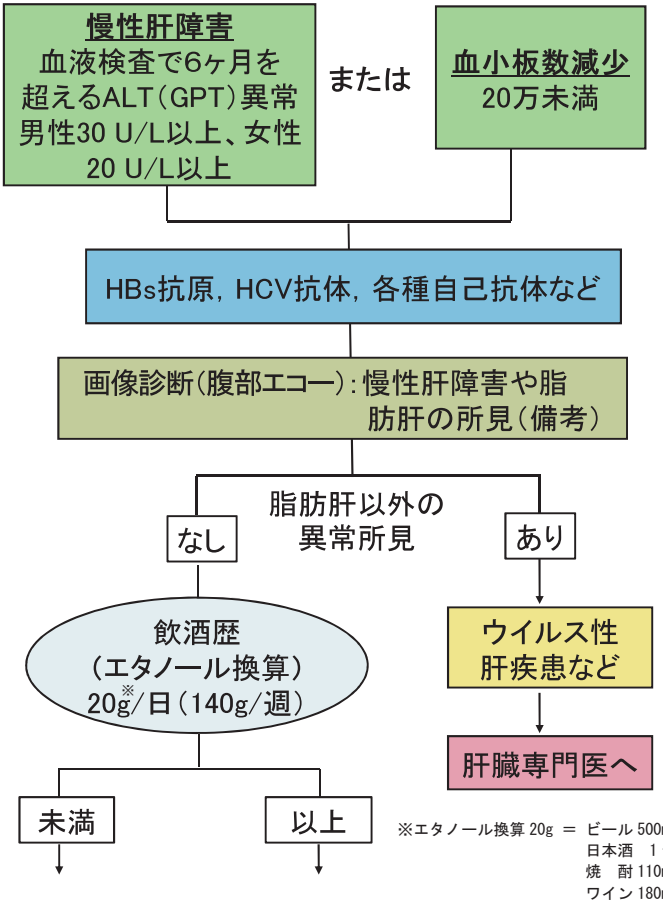
◆歯みがきは基本的には、歯ブラシを使いますが、フロスや糸ようじ、 歯間ブラシなどの補助器具を使うことで、 隅々まで汚れを落としやすくなります。
あなたのお口に合った歯間ブラシのサイズや磨き方について、 かかりつけ歯科医に相談しましょう！

糖尿病に合併しやすい肝疾患

肝臓内に中性脂肪の貯まった状態を脂肪肝といいますが、これまで脂肪肝は肝硬変や肝がんへは進行しない良性疾患と考えられてきました。ところが脂肪肝でも肝炎が起こり（脂肪肝炎）、肝硬変、肝がんへと進行する可能性があります。このうちアルコールを飲まない人におこる脂肪肝炎を非アルコール性脂肪肝炎（NASH::ナッシュ）と呼びます。糖尿病や肥満の人に合併しやすい肝疾患です。



肝機能障害の原因を診断しましょう



※エタノール換算 20g ＝ ビール 500ml
日本酒　1合
焼　酎 110ml
ワイン 180ml

非アルコール性脂肪性肝疾患(NAFLD)

・アルコール性脂肪肝炎
・アルコール性肝障害

生活指導

肝線維化を疑う所見
・ 経年的な血小板数低下
・ IV型コラーゲン7S上昇
・ エコーの硬化性変化や脾腫

肝臓専門医へコンサルト

肝生検などによる精密検査

非-NASH

非アルコール性脂肪肝炎
(NASH:ナッシュ)

佐賀県は肝がんの死亡率が最も高い県です。
ウイルス性肝炎以外でも肝機能障害(NASH、
アルコール性肝障害など)は、将来肝がんに
進行する場合があります。必ず検査を受けましょう！

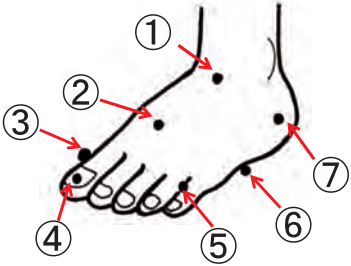
フットケア

毎日、見て、触って、大切な足をまもりましょう！
年に1回は看護師にみてもらいましょう。

☆ フットケアのポイント ☆

- 足はよく見て、洗って清潔に
- 保湿クリームで、ひび割れ予防
- いつでも靴下をはく（ 夏でも靴下をはく習慣 ）
- 暖房器具は足から離す
- タコやウオノメは自分で削らない
- 靴は軟らかく、ヒモやマジックテープで調整できる物を選ぶ
- 深爪しない

足のチェック



☆ 皮膚や爪のチェックをしてみましょう ☆

□ ① 足：はれ、むくみ、水ぶくれ、かき傷、乾燥
　　皮膚の色

□ ② 足の甲：発赤、はれ

□ ③ ゆび：発赤、タコ、ウオノメ

□ ④ 爪　：巻き爪、変形・肥厚

□ ④ 爪のまわり：発赤、はれ

□ ⑤ ゆびの間：ジュクジュク、皮膚のめくれ、傷

□ ⑥ 足の裏：皮膚の色、乾燥、皮下出血、傷
　　タコ、ウオノメ

□ ⑦ かかと：靴ずれ、乾燥、ひび割れ

足のチェック

☆ 足の感覚 ☆

- □ 足にしびれがある
- □ 足に痛みがある
- □ 足の裏に異常な感覚がある
  （ビリビリ、何か貼りついた感じ、など）
- □ 足の裏、足先の感覚が鈍い
- □ 足が冷たい
- □ 足がよくつる

当てはまる項目はありましたか？
当てはまる項目がある時は、足の様子を医師や看護師にお知らせください。

食事療法

食事療法は糖尿病治療の基本です。食べて悪いものはありません。量とバランスがポイントです。
食事は人生の中で大きな楽しみの一つです。
工夫で糖尿病の方も食事を楽しむことができます。

一日の摂取カロリーの目安は、
標準体重（kg）×身体活動量（kcal：キロカロリー）
で計算されます。

自分の標準体重，BMI（肥満度）を計算しましょう！

標準体重（kg）	身長（m）×身長（m）×22
BMI	体重÷身長（m）÷身長（m）

例）　身長 160 cm の場合

標準体重　1.6（m）x 1.6（m）x 22 = 56.3 kg

身長(m)		身長(m)				標準体重（kg）
	×		× 22	＝		

身体活動量の目安

- 軽い労作（デスクワークが主）　25 ～ 30　kcal／kg
- 普通の労作（立ち仕事が多い）　30 ～ 35　kcal／kg
- 重い労作（力仕事が多い）　35 ～　kcal／kg

あなたに必要な1日の総エネルギー量を計算してみましょう。

標準体重		身体活動量		総エネルギー量
	×		＝	
				キロカロリー

あなたの指示カロリー　　キロカロリー

1400 kcal	茶碗　1杯　ご飯150g
1600 kcal	茶碗　1杯半弱　ご飯180g
1800 kcal	茶碗　1杯半強　ご飯 200g

極端な炭水化物の制限は避けましょう！

詳しくは**管理栄養士**にご相談ください。

運動療法

糖尿病患者さんの運動療法ではウォーキングや自転車での運動など有酸素運動が基本です。生活の中でできることから始めてみましょう。

1日でどれくらい歩いているでしょう？

まずは万歩計で測ってみませんか。

歩数の目安	期待できること
10,000歩	メタボ予防に効果的
9,000歩	体力向上・内臓脂肪が減少
8,000歩	サルコペニア※の予防
7,000歩	骨粗鬆症の予防
6,000歩	動脈硬化の予防
5,000歩	QOL（生活の質）の向上
4,000歩	うつ病予防

※サルコペニアとは筋肉が減少していることで加齢に伴う筋肉量の低下（老年症候群）のことです。

参考：（編）京都医療センター坂根直樹「朝晩ダイエットでスマートライフ」

☆　ちょっとした活動でも積み重ねると運動効果が期待できます。

・買い物に行く

・庭に出る

・掃除機をていねいにかける

・ラジオ体操　　など

生活の中で意識して体を動かしてみましょう。

☆　どのくらい運動した方がいいでしょう？

週に**3～5**回

運動の血糖を下げる効果は2日間ぐらい続くと言われているので週に3回以上行いましょう。

☆　いつすると効果的でしょう？

基本的に**食後30分～1時間**

薬物療法を行っている場合、低血糖を起こしやすいため早朝空腹時や食前の運動はやめましょう。

自分の生活パターンにあわせて**にこにこペース**で続けられる時間を見つけましょう。

運動の強さについては主治医にご相談ください。

薬物療法

糖尿病の薬物療法は、食事療法や運動療法に取り組んでも血糖値が下がらないときに開始されます。

薬は血糖値を見ながら飲み薬や注射薬を組み合わせ、血糖値次第で減量・中止が可能になります。血糖値が高い時は、早く良好な血糖状態に戻すために一時的にインスリンを注射することがあります。

食事の前に使用する薬も多く、誤った使い方をすると効果が変わるため、医師から指示された時間と量を守り、忘れずに服用しましょう。また、薬の内容は薬局でおくすりノートに記載し、他の病院に行く時も持参しましょう。

低血糖

一般に血糖値が70mg/dl以下の状態を指します。

低血糖を疑わせる症状 → **冷や汗、動悸、手指のふるえ、空腹感など**

万が一のためにブドウ糖をいつも携帯しましょう

☆ 対処方法 ☆

低血糖かな？と思ったら

↓

ブドウ糖（砂糖）を10～20g摂取する
ノンカロリー、ゼロカロリー、シュガーレスは不可

15～20分後

症状が改善
血糖値が上昇

↓

次の食事まで1時間以上ある場合はロールパン1個やビスケット3枚などを摂取する

2回以上処置を繰り返しても改善なし
低血糖を繰り返す

↓

病院へ連絡

他の病気になった時や
他の病院を受診する時の注意点

もし、他の病気になって食事がとれない場合でも**糖尿病のお薬・インスリンは中止しない**ようにしましょう。食べれなくても発熱や脱水で血糖が上がっていることがあります。**病気の時は特別にお薬の量の調整が必要になりますので、必ずかかりつけの先生へ連絡をしましょう**。体調が非常に悪く、水分を取れない場合はすぐに病院を受診して下さい。お薬の中には血糖値をあげてしまうお薬や現在使っているお薬との相性が合わないお薬もあります。他の病院を受診する時は必ず糖尿病であることや治療をしている事を病院の窓口や担当の先生へ伝えましょう。

その時には必ず、**糖尿病連携手帳**と**おくすりノート**を**持参**しましょう。

災害や緊急時の備え

災害や緊急時の備えは大切です。特に大規模な災害が起こった場合はお薬がすぐ手に入らなかったり、病院も受診が出来なくなったりします。そのような場合に備えて、最低でも2週間分のお薬やインスリンは手元においておくようにしましょう。

☆ 災害時に持ち出しておきたいもの ☆

□インスリン、ペン型注入器、注射針

□内服薬

□血糖測定用具、脱脂綿、アルコール

□糖尿病連携手帳

□おくすりノート

□保険証

□飲料水

□懐中電灯

□補食（ブドウ糖やパン、ビスケット等）

血糖コントロールの指標と評価

	コントロール目標値		
目標	血糖値正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c（%）	6.0未満	7.0未満	8.0未満

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。

注1）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未満をおおよその目安とする。

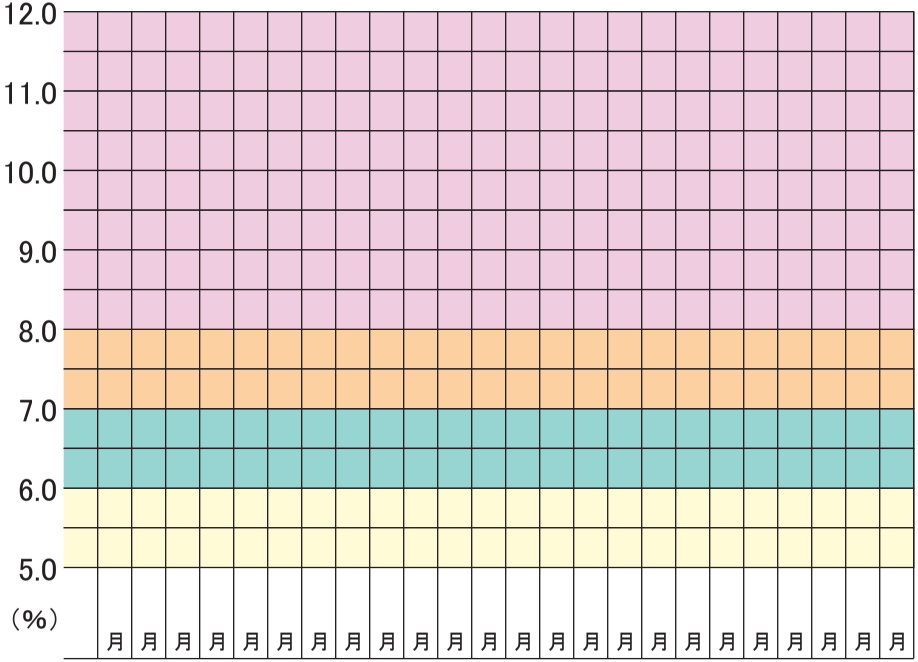
高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

患者の特徴・健康状態(注1)		カテゴリーⅠ ①認知機能正常 かつ ②ADL自立	カテゴリーⅡ ①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下, 基本的ADL自立	カテゴリーⅢ ①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤・SU薬・グリニド薬など)の使用	なし(注2)	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり(注3)	65歳以上75歳未満: 7.5%未満(下限6.5%) 75歳以上: 8.0%未満(下限7.0%)	8.0%未満(下限7.0%)	8.5%未満(下限7.5%)

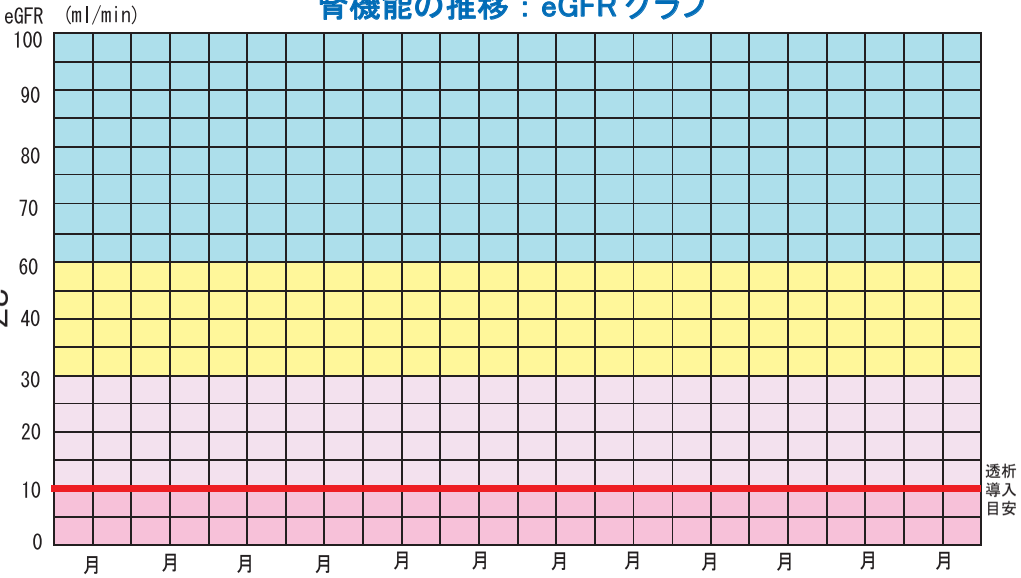
治療目標は、年齢、罹病機関、低血糖の危険性、サポート体制に加え、高齢者では認知機能や基本的ADL【着衣、移動、入浴、トイレの使用など）、手段的ADL【買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など）、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

日本糖尿病学会 編・著　糖尿病治療ガイド2016-2017 P.98

HbA1c グラフ



腎機能の推移：eGFR グラフ



２ヵ月ごとにeGFR記載

検査結果

検査日	あなたの目標値	／
体重（kg）		
血圧（mmHg）	／	／

糖

血糖値	空腹時		
	食後（　h）	（　h）	（　h）
HbA1c			

脂質

総コレステロール		
LDL／HDL	／40以上	／
中性脂肪	150未満	

腎

クレアチニン(Cr)	男 1.2以下 女 1.0以下	
eGFR		
尿アルブミンmg/gCr	30未満	
尿蛋白g/gCr 定性	0.3未満 （－）	－・±・＋・＋＋・＋＋＋

肝

AST/ALT/γGTP	30/30/50 以下	／　／
血小板	20万以上	

検査結果

／	／	／
／	／	／

糖

（　h）	（　h）	（　h）

脂質

／	／	／

腎

－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃

肝

／　／	／　／	／　／

検査結果

検査日		／	／
体重（kg）			
血圧（mmHg）		／	／
糖 血糖値	空腹時		
	食後（　h）	（　h）	（　h）
HbA1c			
脂質 総コレステロール			
LDL／HDL		／	／
中性脂肪			
腎 クレアチニン(Cr)			
eGFR			
尿アルブミンmg/gCr			
尿蛋白g/gCr 定性		－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃
肝 AST/ALT/γGTP		／　／	／　／
血小板			

検査結果

／	／	／
／	／	／

糖

（　h）	（　h）	（　h）

脂質

／	／	／

腎

－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃

肝

／　／	／　／	／　／

検査結果

検査日		／	／
体重（kg）			
血圧（mmHg）		／	／
糖 血糖値	空腹時		
	食後（　h）	（　h）	（　h）
HbA1c			
脂質 総コレステロール			
LDL／HDL		／	／
中性脂肪			
腎 クレアチニン（Cr）			
eGFR			
尿アルブミンmg/gCr			
尿蛋白g/gCr 定性		－・±・＋・＃・＃＃	－・±・＋・＃・＃＃
肝 AST／ALT／γGTP		／　／	／　／
血小板			

検査結果

／	／	／
／	／	／

糖

（　h）	（　h）	（　h）

脂質

／	／	／

腎

－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃

肝

／　／	／　／	／　／

検査結果

検査日		／	／
体重（kg）			
血圧（mmHg）		／	／
糖 血糖値	空腹時		
	食後（　h）	（　h）	（　h）
HbA1c			
脂質 総コレステロール			
LDL／HDL		／	／
中性脂肪			
腎 クレアチニン(Cr)			
eGFR			
尿アルブミンmg/gCr			
尿蛋白g/gCr 定性		－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃
肝 AST/ALT/γGTP		／　／	／　／
血小板			

検査結果

／	／	／
／	／	／

糖

（　h）	（　h）	（　h）

脂質

／	／	／

腎

－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃

肝

／　／	／　／	／　／

検査結果

検査日		／	／
体重（kg）			
血圧（mmHg）		／	／
糖 血糖値	空腹時		
	食後（　h）	（　h）	（　h）
HbA1c			
脂質 総コレステロール			
LDL／HDL		／	／
中性脂肪			
腎 クレアチニン(Cr)			
eGFR			
尿アルブミンmg/gCr			
尿蛋白g/gCr 定性		－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃
肝 AST/ALT/γGTP		／　／	／　／
血小板			

検査結果

／	／	／
／	／	／

糖

（　h）	（　h）	（　h）

脂質

／	／	／

腎

－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃

肝

／　／	／　／	／　／

検査結果

検査日		／	／
体重（kg）			
血圧（mmHg）		／	／
糖 血糖値	空腹時		
	食後（　h）	（　h）	（　h）
HbA1c			
脂質 総コレステロール			
LDL／HDL		／	／
中性脂肪			
腎 クレアチニン(Cr)			
eGFR			
尿アルブミンmg/gCr			
尿蛋白g/gCr 定性		－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃
肝 AST/ALT/γGTP		／　／	／　／
血小板			

検査結果

／	／	／
／	／	／

糖

（　h）	（　h）	（　h）

脂質

／	／	／

腎

－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃

肝

／　／	／　／	／　／

検査結果

検査日		／	／
体重（kg）			
血圧（mmHg）		／	／
糖 血糖値	空腹時		
	食後（　h）	（　h）	（　h）
HbA1c			
脂質 総コレステロール			
LDL／HDL		／	／
中性脂肪			
腎 クレアチニン（Cr）			
eGFR			
尿アルブミンmg/gCr			
尿蛋白g/gCr 定性		－・±・＋・＃・＃＃	－・±・＋・＃・＃＃
肝 AST／ALT／γGTP		／　／	／　／
血小板			

検査結果

／	／	／
／	／	／

糖

（　h）	（　h）	（　h）

脂質

／	／	／

腎

－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃	－・±・＋・＃・＃

肝

／　／	／　／	／　／

合併症検査結果

検査項目	検査日	結果
神経障害 （9ページ）	／	末梢神経障害　なし・あり
	／	自律神経障害　なし・あり
腎症 （10ページ）	／	前期・早期・顕性 腎不全期・透析
頚動脈 エコー （16ページ）	／	最大　右　　mm 肥厚　左　　mm
足首・ 上肢血圧比 （16ページ）	／	右　　左
心電図 （安静・負荷）	／	不整脈　　なし・あり 虚血性変化　なし・あり
冠動脈CT	／	異常なし・プラーク・狭窄
PCI・バイパス術 （16ページ）	／	なし　・　あり
足チェック （23ページ）	／	異常　なし・あり 切断・潰瘍既往　なし・あり
肝機能障害 （20ページ）	／	なし・あり（専門医紹介　なし・あり）

合併症検査結果

検査項目	検査日	結果
神経障害 （9ページ）	／	末梢神経障害　なし・あり
	／	自律神経障害　なし・あり
腎症 （10ページ）	／	前期・早期・顕性 腎不全期・透析
頚動脈 エコー （16ページ）	／	最大　右　　mm 肥厚　左　　mm
足首・ 上肢血圧比 （16ページ）	／	右　　左
心電図 （安静・負荷）	／	不整脈　　なし・あり 虚血性変化　なし・あり
冠動脈CT	／	異常なし・プラーク・狭窄
PCI・バイパス術 （16ページ）	／	なし　・　あり
足チェック （23ページ）	／	異常　なし・あり 切断・潰瘍既往　なし・あり
肝機能障害 （20ページ）	／	なし・あり（専門医紹介　なし・あり）

合併症検査結果

検査項目	検査日	結果
神経障害 （9ページ）	／	末梢神経障害　なし・あり
	／	自律神経障害　なし・あり
腎症 （10ページ）	／	前期・早期・顕性 腎不全期・透析
頚動脈 エコー （16ページ）	／	最大　右　　mm 肥厚　左　　mm
足首・ 上肢血圧比 （16ページ）	／	右　　左
心電図 （安静・負荷）	／	不整脈　　なし・あり 虚血性変化　なし・あり
冠動脈CT	／	異常なし・プラーク・狭窄
PCI・バイパス術 （16ページ）	／	なし　・　あり
足チェック （23ページ）	／	異常　なし・あり 切断・潰瘍既往　なし・あり
肝機能障害 （20ページ）	／	なし・あり（専門医紹介 なし・あり）

合併症検査結果

検査項目	検査日	結果
神経障害 （9ページ）	／	末梢神経障害　なし・あり
	／	自律神経障害　なし・あり
腎症 （10ページ）	／	前期・早期・顕性 腎不全期・透析
頚動脈 エコー （16ページ）	／	最大　右　　mm 肥厚　左　　mm
足首・ 上肢血圧比 （16ページ）	／	右　　左
心電図 （安静・負荷）	／	不整脈　　なし・あり 虚血性変化　なし・あり
冠動脈CT	／	異常なし・プラーク・狭窄
PCI・バイパス術 （16ページ）	／	なし　・　あり
足チェック （23ページ）	／	異常　なし・あり 切断・潰瘍既往　なし・あり
肝機能障害 （20ページ）	／	なし・あり（専門医紹介　なし・あり）

眼科検査結果

（14～15ページ）

担当医	
受診年月日	・　・
次回受診日	・　・　（　　ヵ月後）
矯正視力	右　　左
眼圧	右　　左
白内障	右　　左
網膜症　右 左	なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖 なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖
変 化　右 左	改善 ・ 不変 ・ 悪化 改善 ・ 不変 ・ 悪化
黄斑症	右 （ なし・あり ）　左 （ なし・あり ）
光凝固　右 左	なし ・ 治療中 ・ 終了 なし ・ 治療中 ・ 終了
硝子体手術	右 （ なし・終了 ）　左 （ なし・終了 ）
診察メモ	

眼科検査結果

（14～15ページ）

担当医	
受診年月日	・　・
次回受診日	・　・　（　　ヵ月後）
矯正視力	右　　左
眼圧	右　　左
白内障	右　　左
網膜症　右 　　左	なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖 なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖
変 化　右 　　左	改善 ・ 不変 ・ 悪化 改善 ・ 不変 ・ 悪化
黄斑症	右 （ なし・あり ）　左 （ なし・あり ）
光凝固　右 　　左	なし ・ 治療中 ・ 終了 なし ・ 治療中 ・ 終了
硝子体手術	右 （ なし・終了 ）　左 （ なし・終了 ）
診察メモ	

眼科検査結果

（14～15ページ）

担当医	
受診年月日	・　・
次回受診日	・　・　（　　ヵ月後）
矯正視力	右　　左
眼圧	右　　左
白内障	右　　左
網膜症　右 左	なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖 なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖
変 化　右 左	改善 ・ 不変 ・ 悪化 改善 ・ 不変 ・ 悪化
黄斑症	右 （ なし・あり ）　左 （ なし・あり ）
光凝固　右 左	なし ・ 治療中 ・ 終了 なし ・ 治療中 ・ 終了
硝子体手術	右 （ なし・終了 ）　左 （ なし・終了 ）
診察メモ	

眼科検査結果

（14～15ページ）

担当医	
受診年月日	・　・
次回受診日	・　・　（　　ヵ月後）
矯正視力	右　　左
眼圧	右　　左
白内障	右　　左
網膜症　右 　　左	なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖 なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖
変 化　右 　　左	改善 ・ 不変 ・ 悪化 改善 ・ 不変 ・ 悪化
黄斑症	右 （ なし・あり ）　左 （ なし・あり ）
光凝固　右 　　左	なし ・ 治療中 ・ 終了 なし ・ 治療中 ・ 終了
硝子体手術	右 （ なし・終了 ）　左 （ なし・終了 ）
診察メモ	

眼科検査結果

（14～15ページ）

担当医	
受診年月日	・　・
次回受診日	・　・　（　　ヵ月後）
矯正視力	右　　左
眼圧	右　　左
白内障	右　　左
網膜症　右 左	なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖 なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖
変 化　右 左	改善 ・ 不変 ・ 悪化 改善 ・ 不変 ・ 悪化
黄斑症	右 （ なし・あり ）　左 （ なし・あり ）
光凝固　右 左	なし ・ 治療中 ・ 終了 なし ・ 治療中 ・ 終了
硝子体手術	右 （ なし・終了 ）　左 （ なし・終了 ）
診察メモ	

眼科検査結果

（14～15ページ）

担当医	
受診年月日	・　・
次回受診日	・　・　（　　ヵ月後）
矯正視力	右　　左
眼圧	右　　左
白内障	右　　左
網膜症　右 　　左	なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖 なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖
変 化　右 　　左	改善 ・ 不変 ・ 悪化 改善 ・ 不変 ・ 悪化
黄斑症	右 （ なし・あり ）　左 （ なし・あり ）
光凝固　右 　　左	なし ・ 治療中 ・ 終了 なし ・ 治療中 ・ 終了
硝子体手術	右 （ なし・終了 ）　左 （ なし・終了 ）
診察メモ	

眼科検査結果

（14～15ページ）

担当医	
受診年月日	・　・
次回受診日	・　・　（　　ヵ月後）
矯正視力	右　　左
眼圧	右　　左
白内障	右　　左
網膜症　右 左	なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖 なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖
変 化　右 左	改善 ・ 不変 ・ 悪化 改善 ・ 不変 ・ 悪化
黄斑症	右 （ なし・あり ）　左 （ なし・あり ）
光凝固　右 左	なし ・ 治療中 ・ 終了 なし ・ 治療中 ・ 終了
硝子体手術	右 （ なし・終了 ）　左 （ なし・終了 ）
診察メモ	

眼科検査結果

（14～15ページ）

担当医	
受診年月日	・　・
次回受診日	・　・　（　　ヵ月後）
矯正視力	右　　左
眼圧	右　　左
白内障	右　　左
網膜症　右 　　左	なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖 なし・非増殖（軽症・中等・重症）・増殖
変 化　右 　　左	改善 ・ 不変 ・ 悪化 改善 ・ 不変 ・ 悪化
黄斑症	右 （ なし・あり ）　左 （ なし・あり ）
光凝固　右 　　左	なし ・ 治療中 ・ 終了 なし ・ 治療中 ・ 終了
硝子体手術	右 （ なし・終了 ）　左 （ なし・終了 ）
診察メモ	

歯科検査結果

（18～19ページ）

施　　設			
歯科医師			
受診年月日		・　・	・　・
次回受診日		ヵ月後	ヵ月後
歯周病の項目	歯周ポケット（※）	なし・軽・中・重	なし・軽・中・重
	口腔清掃	良・普通・不十分	良・普通・不十分
	出　　血	なし・時々・あり	なし・時々・あり
	口腔乾燥	なし・あり	なし・あり
	歯周病の経過	改善・維持・悪化	改善・維持・悪化
咀嚼の項目	咀嚼力	問題なし・問題あり	問題なし・問題あり
	現在歯	（　　）歯	（　　）歯
	臼歯部咬合支持	なし・あり(右・左)	なし・あり(右・左)
	義　　歯	なし・あり	なし・あり
	補綴の状況	改善・変化なし・悪化	改善・変化なし・悪化
治療全般の状況		治療中・定期受診中	治療中・定期受診中
備　　考		要：P処（糖）（※※）	要：P処（糖）（※※）

（※）中：ポケット4～5ミリ、重：ポケット6ミリ以上
（※※）ペリオ（歯周病）処置

歯科検査結果

（18～19ページ）

施　　設			
歯科医師			
受診年月日		・　・	・　・
次回受診日		ヵ月後	ヵ月後
歯周病の項目	歯周ポケット（※）	なし・軽・中・重	なし・軽・中・重
	口腔清掃	良・普通・不十分	良・普通・不十分
	出　　血	なし・時々・あり	なし・時々・あり
	口腔乾燥	なし・あり	なし・あり
	歯周病の経過	改善・維持・悪化	改善・維持・悪化
咀嚼の項目	咀嚼力	問題なし・問題あり	問題なし・問題あり
	現在歯	（　　）歯	（　　）歯
	臼歯部咬合支持	なし・あり(右・左)	なし・あり(右・左)
	義　　歯	なし・あり	なし・あり
	補綴の状況	改善・変化なし・悪化	改善・変化なし・悪化
治療全般の状況		治療中・定期受診中	治療中・定期受診中
備　　考		要：P処（糖）（※※）	要：P処（糖）（※※）

（※）中：ポケット4～5ミリ、重：ポケット6ミリ以上
（※※）ペリオ（歯周病）処置

歯科検査結果

（18～19ページ）

施　　設			
歯科医師			
受診年月日		・　・	・　・
次回受診日		ヵ月後	ヵ月後
歯周病の項目	歯周ポケット（※）	なし・軽・中・重	なし・軽・中・重
	口腔清掃	良・普通・不十分	良・普通・不十分
	出　　血	なし・時々・あり	なし・時々・あり
	口腔乾燥	なし・あり	なし・あり
	歯周病の経過	改善・維持・悪化	改善・維持・悪化
咀嚼の項目	咀嚼力	問題なし・問題あり	問題なし・問題あり
	現在歯	（　　）歯	（　　）歯
	臼歯部咬合支持	なし・あり(右・左)	なし・あり(右・左)
	義　　歯	なし・あり	なし・あり
	補綴の状況	改善・変化なし・悪化	改善・変化なし・悪化
治療全般の状況		治療中・定期受診中	治療中・定期受診中
備　　考		要：P処（糖）（※※）	要：P処（糖）（※※）

（※）中：ポケット4～5ミリ、重：ポケット6ミリ以上
（※※）ペリオ（歯周病）処置

歯科検査結果

（18～19ページ）

施　　設			
歯科医師			
受診年月日		・　・	・　・
次回受診日		ヵ月後	ヵ月後
歯周病の項目	歯周ポケット（※）	なし・軽・中・重	なし・軽・中・重
	口腔清掃	良・普通・不十分	良・普通・不十分
	出　　血	なし・時々・あり	なし・時々・あり
	口腔乾燥	なし・あり	なし・あり
	歯周病の経過	改善・維持・悪化	改善・維持・悪化
咀嚼の項目	咀嚼力	問題なし・問題あり	問題なし・問題あり
	現在歯	（　　）歯	（　　）歯
	臼歯部咬合支持	なし・あり(右・左)	なし・あり(右・左)
	義　　歯	なし・あり	なし・あり
	補綴の状況	改善・変化なし・悪化	改善・変化なし・悪化
治療全般の状況		治療中・定期受診中	治療中・定期受診中
備　　考		要：P処（糖）（※※）	要：P処（糖）（※※）

（※）中：ポケット4～5ミリ、重：ポケット6ミリ以上
（※※）ペリオ（歯周病）処置

治療・療養指導
連絡ノート

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

治療・療養指導
連絡ノート

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　より

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　より

治療・療養指導
連絡ノート

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　より

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　より

治療・療養指導
連絡ノート

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

治療・療養指導
連絡ノート

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

治療・療養指導
連絡ノート

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　より

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　より

治療・療養指導
連絡ノート

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

治療・療養指導
連絡ノート

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

治療・療養指導
連絡ノート

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

治療・療養指導
連絡ノート

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

治療・療養指導
連絡ノート

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

年　　月　　日　　へ

（医師・歯科医・看護師・栄養士・薬剤師・保健師・ケアマネ）　　より

一般社団法人　佐賀県医師会　編

佐賀県糖尿病連携手帳

平成24年3月　初版発行
平成24年4月　第2版発行
平成26年3月　第3版発行
平成29年9月　第4版発行

監修：佐賀県糖尿病・地域連携パス
作成検討会議作業部会
委員長　　樗木　等
編集委員（五十音別）
安西慶三、 池田裕次、 井上卓也、 古賀貴文
古賀隆史、 小松愛子、 佐藤智丈、 高木佑介
吉村　　達、 松尾繁樹、 徳永　剛
永渕美樹、 藤井純子

発行者：佐賀県医師会　　会長　池田秀夫

本手帳の無断複写は、著作権上で例外を除き禁じられています。本手帳の複写、転載、翻訳、データベースへの取り込み及び送信に関する許諾権は、（一社）佐賀県医師会が保有します。

日本糖尿病協会に入りませんか。

日本糖尿病協会は、糖尿病患者とその家族および医師、歯科医師、看護師・薬剤師・栄養士・ 臨床検査技師・理学療法士・糖尿病療養指導士などの医療スタッフで作られた会です。

ご加入いただくと、様々な支援活動、色々な会員特典があります。

✦ 問い合わせ ✦

日本糖尿病協会佐賀県支部　事務局
〒849-8501
佐賀県佐賀市鍋島5丁目1－1
佐賀大学医学部肝臓・糖尿病・内分泌内科

TEL：0952-34-2362
FAX：0952-34-2017

日本糖尿病協会マスコットキャラクター
マールくん

ホームページ：
http://www.hospital.med.saga-u.ac.jp/sdm/

佐賀糖尿病療養指導士が
あなたをサポートします！

このマークが
目印です

糖尿病の治療は毎日の生活の中で行われます。**佐賀糖尿病療養指導士**は、ひとりひとりのライフスタイルに合った食事、運動、薬物療法などをお手伝いするスペシャリストです。県内の医療機関や薬局などで活躍中です

糖尿病コーディネート看護師とは

糖尿病療養指導士の資格をもつ医療連携に詳しい看護師です。県内8つの専門病院から地区のかかりつけ医を訪問し、糖尿病患者さんの治療と療養生活をサポートします。

詳しくは医療スタッフにお声かけください！

Better Health, Brighter Future

タケダから、世界中の人々へ。
より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに応えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

武田薬品工業株式会社

www.takeda.co.jp

Value through Innovation

人々のより良い健康のために

ベーリンガーインゲルハイムは、
株式を公開しない企業形態の特色を生かし、
長期的な視点で、医薬品の研究開発、製造、販売を中心に
事業を世界に展開している製薬企業です。

Value through Innovation をビジョンに掲げ、
革新的な医薬品の開発を通じて、人類に奉仕することが、
我々が自らに課した使命です。

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
本社／〒141-6017 東京都品川区大崎 2-1-1 ThinkPark Tower
https://www.boehringer-ingelheim.jp

Boehringer
Ingelheim

製薬会社は、
幸せな未来を
描けているだろうか？

新薬で、未来をひらく。

MSD株式会社

東京都千代田区九段北一丁目13番12号 北の丸スクエア

www.msd.co.jp

MSD