

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薬手帳を
持参しましょう



私は糖尿病です

☆☆ | Have Diabetes ☆☆

私が意識をなくしたり、おかしい行動を示したら、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・令 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

☎ : ()

担当看護師

☎ : ()

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

一 自分をまもろう！

地域でまもろう！

糖尿病一

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
目標体重	kg	BMI	
最大体重	kg (歳頃)	20歳頃の体重	kg

診断日 年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ・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		

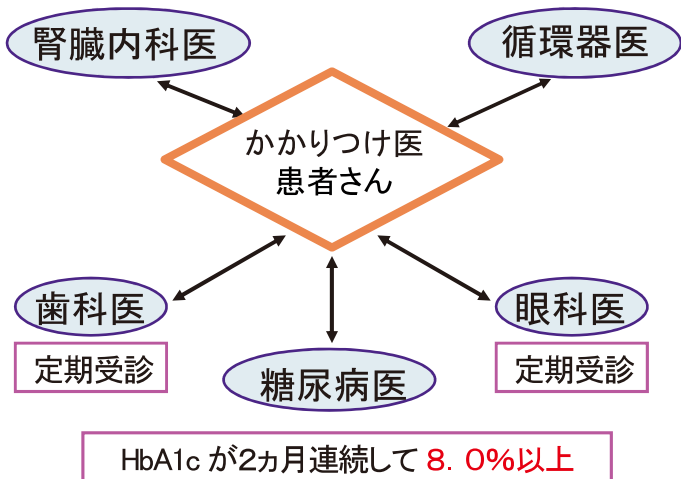
かかりつけ医と専門医療機関の連携

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 60 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 (+)、0.5 g/gCr 以上

頸動脈エコー
最大肥厚
1.5 mm 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。

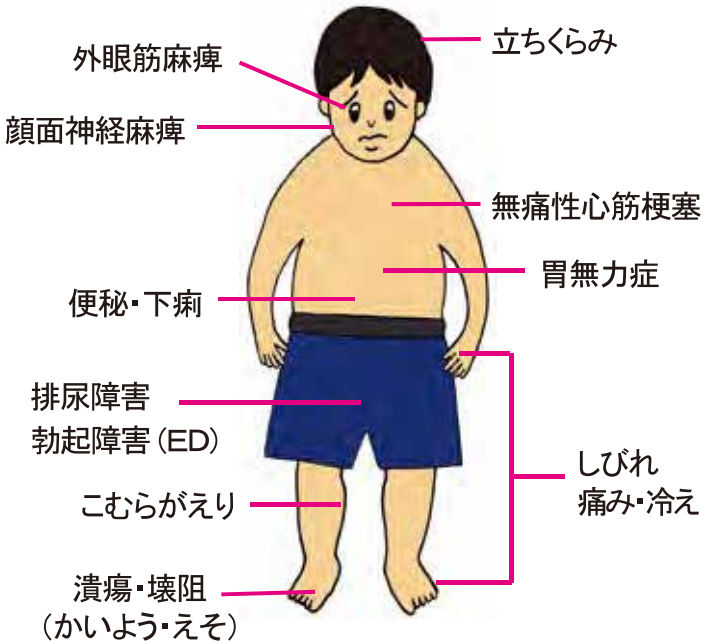
慢性に続く高血糖は、眼・腎・神経の**細小血管症**および**全身の動脈硬化**（脳梗塞・心筋梗塞・末梢血管障害）などの合併症を起こし、日常生活に著しい障害をきたします。

糖尿病はどうして怖いのでしょうか？

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。家庭血圧は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/1.73m²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。

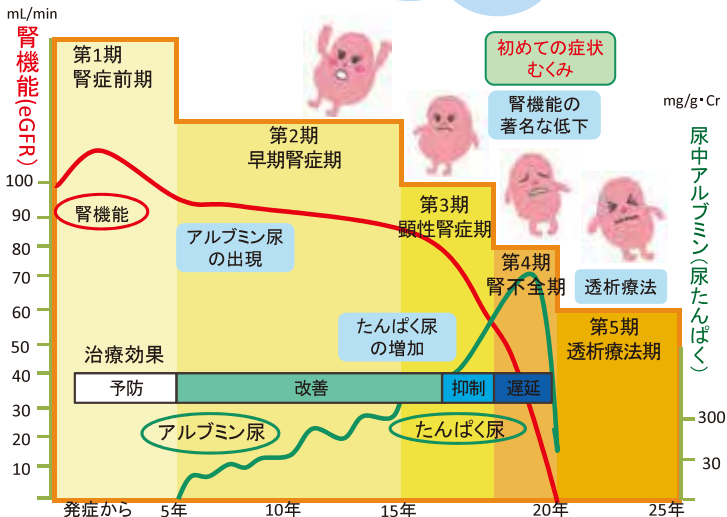
原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		30未満	30~299	300以上	
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明、その他	尿蛋白定量(g/日)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
	尿蛋白/Cr比(g/gCr)		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR 区分 (mL/分/1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90			
	G2	正常または軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~中等度低下	45~59			
	G3b	中等度~高度低下	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。

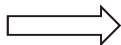
尿中のNa、Crを調べると1日でどれくらい塩分をとっているかわかります。

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
- ・抗 VEGF 薬硝子体内投与
（黄斑症のとき）

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ヵ月
増殖網膜症	: 1回/1ヵ月



- ・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)
- ・抗VEGF薬
硝子体内投与

- ・光凝固
- ・硝子体手術
- ・抗VEGF薬
硝子体内投与

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

高血糖があると動脈硬化が進み、心筋梗塞や脳梗塞などの原因となります。糖尿病があると心筋梗塞を起こしても胸の痛みなどの症状がないこともあります。**無症状でも定期的な検査が必要です。**

治療・検査の流れ

頸動脈エコー



血管の壁の肥厚(1.5 mm以上)があれば心臓の血管(冠動脈)を調べます。

冠動脈CT



※場合によっては運動負荷心電図や心筋シンチグラフィが選択されることもあります。

冠動脈の狭窄が疑われる場合にはカテーテル治療やバイパス手術を検討します。

動脈硬化を防ぐために

糖尿病の治療に加えて以下に注意しましょう。

- ・ 血圧の管理（家庭血圧125/75mmHgを目標に）
- ・ 脂質（コレステロール・中性脂肪）の管理
- ・ 禁煙
- ・ 適度な運動

	脂質の目標値 (mg/dL)	
	LDL-C	non-HDL-C
(以下がない)	120 未満	150 未満
網膜症 ・腎症 神経障害 ・喫煙あり	いづれかあり 100 未満	130 未満
・冠動脈疾患 ・アローム血栓性脳梗塞 ・大血管の動脈硬化※	70 未満	100 未満

- 中性脂肪：空腹時 150 未満、随時 175 未満
- HDL-C：40 以上（生活習慣の改善で対応）

※頭蓋内外動脈の50%以上の狭窄、

または 弓部大動脈粥腫（最大4mm以上）

2022動脈硬化学会ガイドラインより

糖尿病と心房細動

糖尿病があると「心房細動」を起こしやすくなります。これは脳梗塞の原因となる不整脈です。心房細動の患者さんの約40%が無症状です。日頃から自分の脈をチェックしましょう。

心房細動の見つけ方

下図のように手首の内側の親指側に3本の指をあてて脈をとります。不規則に乱れていたり、速くて脈がとりづらい場合は心房細動が疑われます。



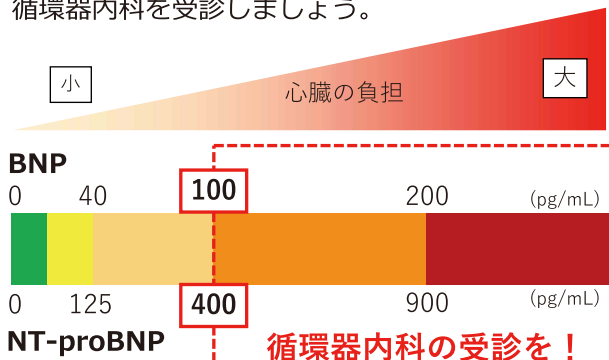
心房細動週間ウェブサイトより引用

糖尿病と心不全

糖尿病があると通常より2～3倍 心不全を起こしやすくなります。心不全の症状としては、動悸、息切れ、足のむくみなどがあります。早期に発見して治療を開始し、進行を抑えることが重要です。無症状でも年1回程度は心不全の検査が必要です。

心不全の血液検査

血液検査の**BNP**もしくは**NT-proBNP**で心不全を評価できます。これらの数値が高い場合には治療が必要な心不全が隠れている可能性があるため、循環器内科を受診しましょう。



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カ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

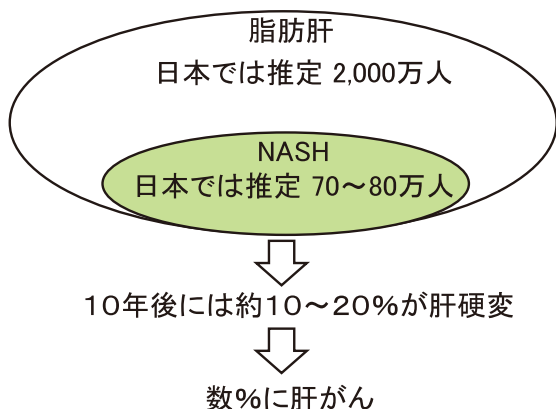
歯周病の治療や予防には歯みがきが有効！

◆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！

非アルコール性脂肪肝

アルコールを習慣的に飲んでいない方であっても、国民の4人に1人、2型糖尿病患者さんでは2人に1人が脂肪肝で、非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD；ナッフルディー）と呼ばれます。脂肪肝でも肝炎が起こることがあり（脂肪肝炎）、肝硬変、肝がんへと進行する可能性があります。このような脂肪肝を非アルコール性脂肪肝炎（NASH；ナッシュ）と呼ばれます。



肝機能障害の放置をやめましょう

Q1.肝機能は正常ですか？

ALT は男性 30 IU/L以上、女性 20 IU/L以上
γ-GTPは男性 51 IU/L以上、女性 33 IU/L以上で肝機能障害です。

Q2.C型肝炎、B型肝炎の検査は陰性ですか？

HBs抗原やHCV抗体の陰性を確認する必要があります。

Q3. 腹部エコー検査を行っていますか？

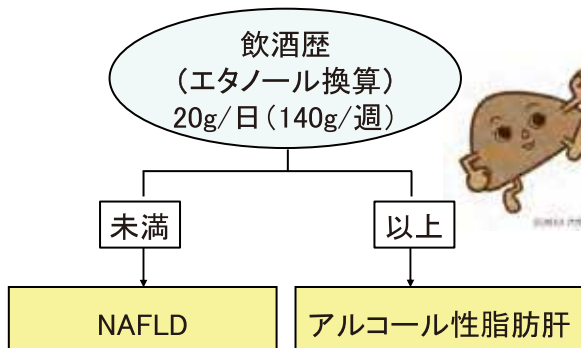
肝臓だけでなく、膵臓や腎臓などの臓器をチェックする必要があります。

Q1～Q3が1つでも「いいえ」の場合は
かかりつけ医に相談しましょう

肝臓専門医へコンサルト基準①

1. HBs抗原陽性、HCV抗体陽性などウイルス性肝疾患を疑う場合
2. 肝機能異常が6カ月以上持続した場合

エコー検査で脂肪肝を認めた場合



肝臓専門医へコンサルト基準②

NAFLD

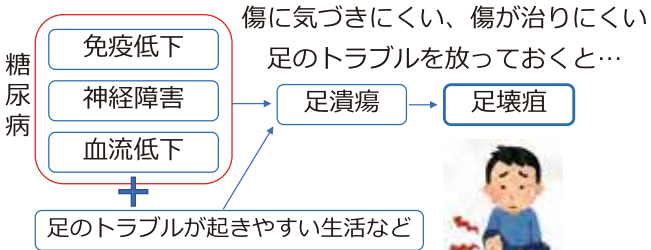
- ・FIB-4 インデックス 1.3以上でIV型コラーゲン 7S 4.5 ng/ml以上など線維化の進行を疑う

アルコール性脂肪肝

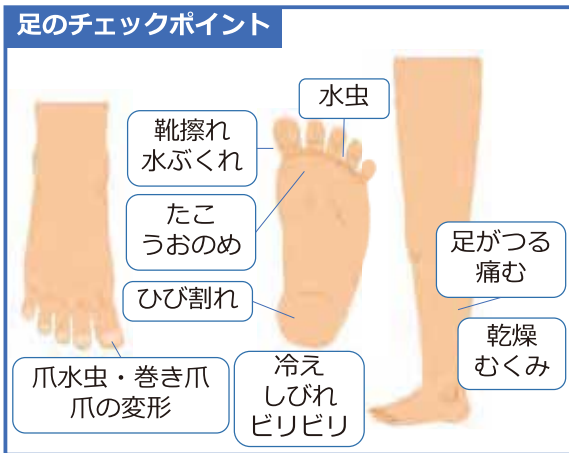
- ・節酒や禁酒によっても肝機能が改善しない
- ・アルブミン低下、浮腫、黄疸など既に肝硬変への進展を疑う

FIB-4 インデックスは年齢、血小板、AST、ALTから計算される肝線維化予測式です

フットケア（足のお手入れ）



当てはまることがあったらお知らせください



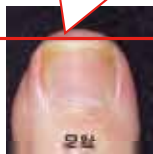
毎日の足チェックとお手入れで足を守りましょう

フットケアのポイント

- 毎日、足をよく見て、洗って清潔に
- 保湿クリームでひび割れ予防
- いつでも靴下を履く（足の保護）
- 靴は中敷きがあってクッション性があり、マジックテープやひもでサイズ調整できる物を選びましょう
- あんかやカイロなどの暖房器具は足から離す
- 深爪しない、真っ直ぐ切る
- 傷をほったらかしにしない
- 迷ったら医療者に相談する
- 禁煙 喫煙は足の血流を悪くしてこじらせやすくなります



白い部分が
残ってもOK



自分で足チェックやお手入れが難しい場合は
医師や看護師にご相談ください



食事について

食事療法は糖尿病治療の基本です。
食べて悪いものではありません。
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。

あなたの目標エネルギー量は

キロカロリーです。

- ・ バランスの良い食事を
- ・ できるだけ決まった時間に
- ・ からだにあった量（エネルギー）を
なるべく朝・昼・夕均等にとりましょう

ゆっくりよく噛んで、

野菜やおかずから食べましょう

※インスリン使用中の方は主治医に確認してください

毎食とりたいもの

主菜：肉・魚・卵・大豆製品・チーズ

肉：片方の手のひらにのる分

魚：片方の手のひらにのる分

豆腐 100g(1/4 パック) のうちどれか1～1つ半

納豆1パック

チーズ小1つ



主食：ご飯・パン・めんなど

野菜・海藻・キノコ・こんにゃく

エネルギー (kcal)	ご飯の量 (g)	食パン 6枚切
1200	100	1枚
1400	120	1枚
1600	150	1.5枚
1800	180	2枚

生：両手1杯分

加熱したもの：片手1杯

詳しくは主治医・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よう。

☆ 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薬手帳に記載し、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

かかりつけ医、
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。**病気の際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薬手帳を持参**しましょう。



災害や緊急時の備え



慌てず落ち着いて行動できるようにふだんから準備しておきましょう。お薬を紛失したり、受診ができない時のために、**2週間分のインスリンや内服薬は手元に置いておきましょう。**

糖尿病のある人の災害時持ち物チェック

- インスリンなど注射薬、注射針
- 血糖測定用具 アルコール綿
- 内服薬 低血糖用ブドウ糖 マイナンバーカード
- 糖尿病連携手帳 お薬手帳 保険証
- マスク 靴下 室内履き 軍手
- トイレットペーパー ウェットティッシュ
- 飲料水、非常食 ビニール袋
- 携帯電話、充電器
- 懐中電灯、電池
- 歯磨きセット、マウスウォッシュ



日本糖尿病協会HP
災害にあった時には

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。

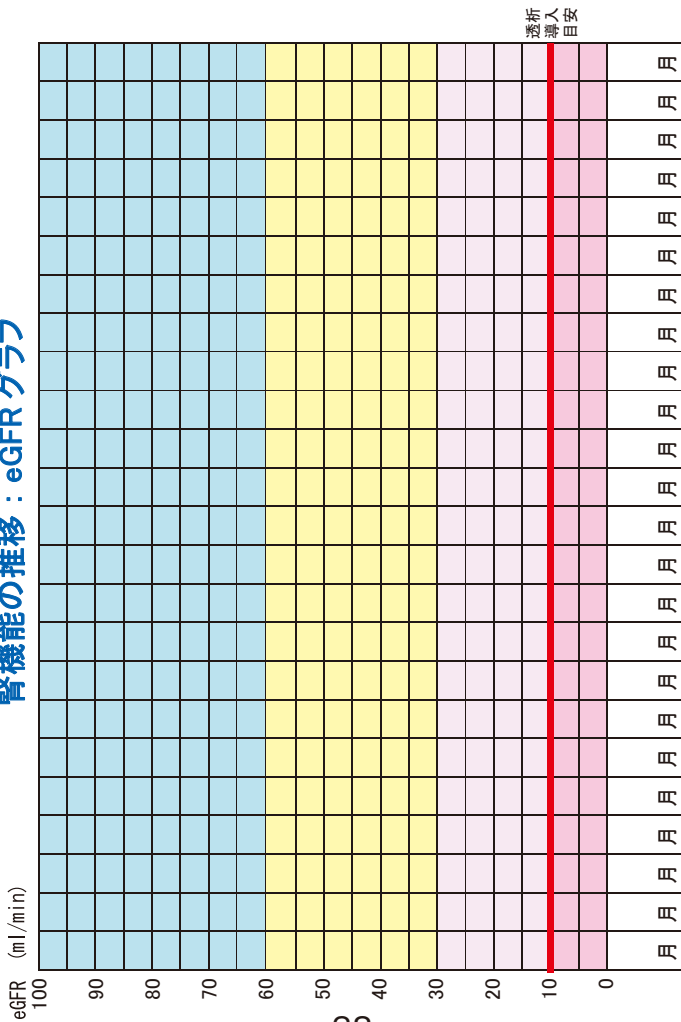
注1) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満をおよその目安とする。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

	カテゴリー I	カテゴリー II	カテゴリー III
患者の特徴・健康状態^{注1)} 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)}	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	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
	あり ^{注3)}	7.0%未満 75歳以上 65歳以上 75歳未満	7.0%未満 8.0%未満 (下限7.0%)
	7.0%未満 7.5%未満 (下限6.5%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 8.5%未満 (下限7.5%)

治療目標は、年齢、罹病期間、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。

腎機能の推移 : eGFR グラフ



2ヵ月ごとにeGFR記載

年間検査スケジュール

項目	ペース (頻度)	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	
血液検査																
尿検査																
アルブミン尿 尿蛋白定量																
心電図																
頸動脈エコー																
足のチェック																
眼科受診																
歯科受診																
腹部エコー																

年間検査スケジュール

項目	ペース (頻度)	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月
血液検査																		
尿検査																		
アルブミン尿 尿蛋白定量																		
心電図																		
頸動脈エコー																		
足のチェック																		
眼科受診																		
歯科受診																		
腹部エコー																		

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	
FIB-4インデックス	1.3未満	

/ /	/ /	/ /
/	/	/

(h)	(h)	(h)

糖

/	/	/

脂質

- · ± · + · # · 卄	- · ± · + · # · 卄	- · ± · + · # · 卄

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		
FIB-4インデックス		

/ /	/ /	/ /
/	/	/

(h)	(h)	(h)

糖

/	/	/

脂質

- · ± · + · # · 卅	- · ± · + · # · 卅	- · ± · + · # · 卅

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		
FIB-4インデックス		

/ /	/ /	/ /
/	/	/

(h)	(h)	(h)

糖

/	/	/

脂質

- · ± · + · # · 卅	- · ± · + · # · 卅	- · ± · + · # · 卅

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		
FIB-4インデックス		

/ /	/ /	/ /
/	/	/

(h)	(h)	(h)

糖

/	/	/

脂質

- · ± · + · # · 卅	- · ± · + · # · 卅	- · ± · + · # · 卅

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		
FIB-4インデックス		

/ /	/ /	/ /
/	/	/

(h)	(h)	(h)

糖

/	/	/

脂質

- · ± · + · # · 卅	- · ± · + · # · 卅	- · ± · + · # · 卅

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		
FIB-4インデックス		

/ /	/ /	/ /
/	/	/

(h)	(h)	(h)

糖

/	/	/

脂質

- · ± · + · # · 卄	- · ± · + · # · 卄	- · ± · + · # · 卄

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		
FIB-4インデックス		

/ /	/ /	/ /
/	/	/

(h)	(h)	(h)

糖

/	/	/

脂質

- · ± · + · # · 卄	- · ± · + · # · 卄	- · ± · + · # · 卄

腎

/ /	/ /	/ /

肝

合併症検査結果

合併症検査

脳梗塞：なし・あり
脳出血：なし・あり

心電図異常：なし・あり
頸部エコー(IMT肥厚)：なし・あり
狭心症/心筋梗塞 なし・あり
心不全：なし・あり

網膜症：
なし・非増殖・増殖

糖尿病腎症 ____期
慢性腎臓病 G ____A ____.

脂肪肝：なし・あり
肝障害：なし・あり

末梢神経障害：なし・あり
下肢動脈：正常・狭窄/閉塞疑い
水虫：なし・あり
タコ：なし・あり
乾燥：なし・あり
潰瘍：なし・あり

<自由欄>

_____年____月時点

合併症検査結果

脳梗塞：なし・あり
脳出血：なし・あり

心電図異常：なし・あり
頸部エコー(IMT肥厚)：なし・あり
狭心症/心筋梗塞 なし・あり
心不全：なし・あり

網膜症：
なし・非増殖・増殖

脂肪肝：なし・あり
肝障害：なし・あり

糖尿病腎症 ____期
慢性腎臓病 G ____A ____.

<自由欄>

末梢神経障害：なし・あり
下肢動脈：正常・狭窄/閉塞疑い
水虫：なし・あり
タコ：なし・あり
乾燥：なし・あり
潰瘍：なし・あり

_____年____月時点

合併症検査結果

合併症検査

脳梗塞：なし・あり
脳出血：なし・あり

心電図異常：なし・あり
頸部エコー(IMT肥厚)：なし・あり
狭心症/心筋梗塞 なし・あり
心不全：なし・あり

網膜症：
なし・非増殖・増殖

糖尿病腎症 ____期
慢性腎臓病 G ____A ____.

脂肪肝：なし・あり
肝障害：なし・あり

末梢神経障害：なし・あり
下肢動脈：正常・狭窄/閉塞疑い
水虫：なし・あり
タコ：なし・あり
乾燥：なし・あり
潰瘍：なし・あり

<自由欄>

_____年____月時点

合併症検査結果

脳梗塞：なし・あり
脳出血：なし・あり

心電図異常：なし・あり
頸部エコー(IMT肥厚)：なし・あり
狭心症/心筋梗塞 なし・あり
心不全：なし・あり

網膜症：
なし・非増殖・増殖

脂肪肝：なし・あり
肝障害：なし・あり

糖尿病腎症 ____期
慢性腎臓病 G ____A ____.

<自由欄>

末梢神経障害：なし・あり
下肢動脈：正常・狭窄/閉塞疑い
水虫：なし・あり
タコ：なし・あり
乾燥：なし・あり
潰瘍：なし・あり

_____年____月時点

眼科検査結果

(14～15ページ)

担当医	
受診年月日	・ ・
次回受診日	・ ・ (カ月後)
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	・ ・ (カ月後)
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

眼科検査結果

(14～15ページ)

担当医	
受診年月日	・ ・
次回受診日	・ ・ (カ月後)
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

眼科検査結果

(14～15ページ)

担当医	
受診年月日	・ ・
次回受診日	・ ・ (カ月後)
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

眼科検査結果

(14～15ページ)

担当医	
受診年月日	・ ・
次回受診日	・ ・ (カ月後)
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	・ ・ (カ月後)
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

眼科検査結果

(14～15ページ)

担当医	
受診年月日	・ ・
次回受診日	・ ・ (カ月後)
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	・ ・ (カ月後)
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

歯科検査結果

(20～21ページ)

施 設			
担 当 医			
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
	口腔清掃状態	良・普通・不十分	良・普通・不十分
	歯 肉 出 血	なし・時々・あり	なし・時々・あり
	歯 石 の 付 着	なし・あり	なし・あり
咀嚼の項目	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
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

(20～21ページ)

施 設			
担 当 医			
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
	口腔清掃状態	良・普通・不十分	良・普通・不十分
	歯 肉 出 血	なし・時々・あり	なし・時々・あり
	歯 石 の 付 着	なし・あり	なし・あり
咀嚼の項目	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
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)(※※)	

歯
科

(※)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

(20～21ページ)

施 設			
担 当 医			
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
	口腔清掃状態	良・普通・不十分	良・普通・不十分
	歯 肉 出 血	なし・時々・あり	なし・時々・あり
	歯 石 の 付 着	なし・あり	なし・あり
咀嚼の項目	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
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

(20～21ページ)

施 設			
担 当 医			
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
	口腔清掃状態	良・普通・不十分	良・普通・不十分
	歯 肉 出 血	なし・時々・あり	なし・時々・あり
	歯 石 の 付 着	なし・あり	なし・あり
咀嚼の項目	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
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)(※※)	

歯
科

(※)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

令和 5年2月 第5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 橋木 等

編集委員（順不同）

安西慶三、 宮園素明、 矢島あゆむ

樋田太郎、 山内寛子、 吉村達

江口隆郎、 井上卓也、 山崎孝太

美奈川仁美、 高木佑介、 藤井純子

永渕美樹、 志田正典

発行者：佐賀県医師会 会長 松永 啓介

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

佐賀大学医学部看護学科5F

TEL:0952-34-2551

FAX:0952-34-2551



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。

糖尿病コーディネーター看護師とは

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をかけてください！
<https://www.sagacde.gr.jp/>

糖尿病連携手帳サポーター

かかりつけ医で糖尿病連携手帳の説明や記入をサポートしてくれる人です。お気軽にお尋ねください。

