

熊本県糖尿病地域連携パス

ゆうゆう “DM熊友パス”

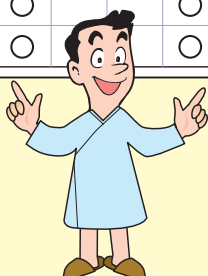
糖尿病の医療連携をよりスムーズに行うため、熊本県糖尿病地域連携パス、通称“^{ゆうゆう}DM熊友パス”を作成しました。これにより、糖尿病に関する患者さんのデータをかかりつけ医である連携医と糖尿病専門医との間で共有することができます。

これは、患者さん自身の「糖尿病健康手帳」「糖尿病眼手帳」「スケジュール表」をひとまとめにしたものです。

かかりつけ医および専門医療機関受診時には診察券や保険証などと一緒にならずお持ちください。

	開始時	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後
受診病院	専門医療機関	連携(かかりつけ医)	連携(かかりつけ医)	連携(かかりつけ医)	連携(かかりつけ医)	連携(かかりつけ医)	専門医療機関	連携(かかりつけ医)	連携(かかりつけ医)	連携(かかりつけ医)
日付	年 / 月 / 日	年 / 月 / 日	年 / 月 / 日	年 / 月 / 日	年 / 月 / 日	年 / 月 / 日	年 / 月 / 日	年 / 月 / 日	年 / 月 / 日	年 / 月 / 日
体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血圧	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血糖値	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
HbA1c	○			○			○			○
検尿	○			○			○			○

スケジュール表



■経過記録表

年月日	基準値(目標値)	年月日
体重	kg	
BMI	kg/m ²	
血圧	mmHg	
血糖値	空腹時	mg/dL
	食後	mg/dL
HbA1c	%	
総コレステロール	mg/dL	
HDLコレステロール	mg/dL	
LDLコレステロール	mg/dL	
中性脂肪	mg/dL	
AST/ALT/γGTP	IU/L	
腎症 アルブミン/蛋白尿		
眼底所見		
治療メモ		

※正常アルブミン尿<30mg/gクレアチニン、微量アルブミン尿:30~14

糖尿病健康手帳

患者さんのメリット

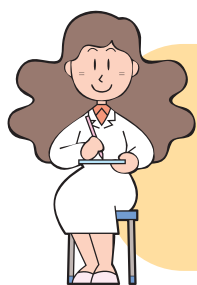
- ・ 普段はお近くのかかりつけ医〈連携医〉に通うので、通院が容易です。
- ・ 半年に一度、糖尿病合併症のチェック等を地域の糖尿病専門医療機関にて受けていただきます。
- ・ 患者さんを中心に連携医であるかかりつけ医と専門医の複数の主治医体制により、糖尿病の治療成績が向上し、合併症をより効果的に予防できます。
- ・ 患者さん毎に作成したスケジュール表により、通院や治療の見通しがわかり、より積極的に治療に参加できます。

患者さんを中心にした糖尿病の地域医療連携にご理解賜りますようお願い申し上げます。

糖尿病の治療を受けておられる患者さんへ

熊本県糖尿病対策推進会議では、お近くのかかりつけ医と、地域の糖尿病専門医療機関とで連携をとりながら患者さんを診ていく糖尿病の医療連携を推進したいと考えております。

糖尿病における地域医療連携



2～4週間ごとの受診

- 診察
- お薬の処方

紹介時

かかりつけ医

専門医

かかりつけ医

6ヶ月

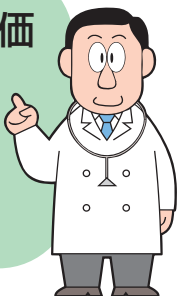
専門医

かかりつけ医

12ヶ月

専門医

- 糖尿病状態の評価
- 合併症の評価
- 治療方針の決定
- 糖尿病指導



- 治療方針再検討
- 糖尿病再指導
- 合併症のチェック

専門医と**かかりつけ医**の双方が主治医となり患者さんを中心とした治療をすすめます。