

● 基本情報

フリガナ	
■氏名	
■生年月日	
和暦 削除	
年	月 日
男女	
■住所	
(〒 -)	
TEL: ()	
■勤務先	
TEL: ()	
■緊急連絡先/続柄 ()	
TEL: ()	

標準体重 削除

記載日	年 月 日	記載者		
身長	cm	体重	kg B M I	
過去最大体重	kg(才頃)	20才頃の体重	kg ウエスト幅長 cm	
飲酒	飲まない・飲む ()			
喫煙	吸わない・吸っていた・吸う (本/日)			
診断	1型糖尿病・2型糖尿病・その他()・妊娠糖尿病 年 月 日(才時)			
合併症	網膜症	なし・あり	腎症	なし・あり
	神経障害	なし・あり	歯周病	なし・あり
	動脈硬化			なし・あり(虚血性心疾患・脳血管障害・末梢動脈疾患)
併存症	脂質異常症・高血圧症・肝疾患・高尿酸血症			
	その他			
既往歴	薬剤情報から変更			
薬剤特記事項				
家族の病歴	糖尿病			なし・あり()
	その他			
指示エネルギー	kcal/日	炭水化物	%E比	
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			

<p>■かかりつけ医 (連携パスの使用 / なし ・ あり)</p> <p>医療機関： _____ 主治医： _____</p> <p>住所： _____</p> <p>TEL： ()</p>
<p>■病 院 (連携パスの使用 / なし ・ あり)</p> <p>医療機関： _____ 主治医： _____</p> <p>住所： _____</p> <p>TEL： ()</p>
<p>■かかりつけ眼科医 (連携パスの使用 / なし ・ あり)</p> <p>医療機関： _____ 主治医： _____</p> <p>住所： _____</p> <p>TEL： ()</p>
<p>■かかりつけ歯科医 (連携パスの使用 / なし ・ あり)</p> <p>医療機関： _____ 主治医： _____</p> <p>住所： _____</p> <p>TEL： ()</p>
<p>■かかりつけ薬剤師 (連携パスの使用 / なし ・ あり)</p> <p>薬 局： _____ 薬剤師： _____</p> <p>住所： _____</p> <p>TEL： ()</p>

かかりつけ薬局から変更

追加

<p>■産業医 (連携パスの使用 / なし ・ あり)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>TEL： ()</p>
<p>■担当ケアマネジャー (連携パスの使用 / なし ・ あり)</p> <p>事業所： _____ 担当者： _____</p> <p>住所： _____</p> <p>TEL： ()</p>
<p>■市区町村(保健師・管理栄養士) (連携パスの使用 / なし ・ あり)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>TEL： ()</p>
<p>■ (連携パスの使用 / なし ・ あり)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>TEL： ()</p>
<p>■ (連携パスの使用 / なし ・ あり)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>TEL： ()</p>

追加