

糖尿病診断書											
氏名					性別	男 女	生年月日	年	月	日 (満歳)	
病型	・1型糖尿病(インスリン依存型) ・2型糖尿病(インスリン非依存型) ・その他()										
発症時期	年 月(頃)			発症時の状況							
合併症	網膜症及び眼病変	あり(状態:) ・なし									
	末梢神経障害	あり(程度:軽度・中程度・著明) (部位:) ・なし									
	自律神経障害	あり(起立性低血圧・排尿障害) (その他:) ・なし									
	腎症	あり(stage: , 持続尿蛋白の出現時期: 年 月) ・なし									
	虚血性心疾患	あり(病名:) (発症時期: 年 月) ・なし									
	その他の血管障害 (壊疽等)	あり(病名:) (発症時期: 年 月) ・なし									
	その他の合併症	あり() ・なし									
検査結果	(検査日: 年 月 日)										
	・Hb: _____ (g/dl)			・TP: _____ (g/dl)			・TG: _____ (mg/dl)				
	・Ht: _____ (%)			・AST(GOT): _____ (U/l)			・UA: _____ (mg/dl)				
	・FBS: _____ (mg/dl)			・ALT(GPT): _____ (U/l)			・BUN: _____ (mg/dl)				
・HbA1c(NGSP): _____ (%)			・LDL-Cho: _____ (mg/dl)			・HDL-Ch: _____ (mg/dl)					
・Cr: _____ (mg/dl)											
尿糖:	-	+	++	+++	心電図 所見			その他			
尿蛋白:	-	+	++	+++							
日常生活状況	血糖の動き	・安定 ・やや不安定 ・不安定									
	血糖の自己測定	・可(使用機種名:) ・不可									
	低血糖症状の頻度 (薬物療法の場合)	・滅多にない				・たまにある(1回/月程度)					
		・時々ある(2~3回/月程度)				・頻繁にある(1回以上/週程度)					
生活上の規制 (腎症などによる)	・規制していない ・規制している(内容:)										

治	食 事	エネルギー: _____ kcal/day, その他 (蛋白 _____ g/day, 塩分 _____ g/day, カリウム _____ mg/day, リン _____ mg/day)																				
	内服薬、 外用薬等の 使用状況	(種類と量についてすべて記載すること)																				
療 の 状 況	インスリン 療 法	<p><u>あり</u> ・ なし</p> <p>○インスリン注射: [・完全に自己で可能 ・一部介助 ・すべて介助]</p> <p>○注射方法: [・通常のインスリン用注射器 ・ペンシステム]</p> <p>・CSII(持続皮下インスリン注入療法)</p> <p>・その他(_____)</p> <p>※使用機種名: (_____)</p> <p>○インスリンの種類・指示量(CSII以外の場合)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>種類 \ 注射時刻</th> <th>朝 (_____)時</th> <th>昼 (_____)時</th> <th>夕 (_____)時</th> <th>就寝前 (_____)時</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>_____ u</td> <td>_____ u</td> <td>_____ u</td> <td>_____ u</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____ u</td> <td>_____ u</td> <td>_____ u</td> <td>_____ u</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____ u</td> <td>_____ u</td> <td>_____ u</td> <td>_____ u</td> </tr> </tbody> </table> <p>○インスリンの指示量(CSIIの場合)</p> <p>注入量: basal: (_____)u</p> <p>bolus: 朝(_____)u, 昼(_____)u, 夕(_____)u</p>	種類 \ 注射時刻	朝 (_____)時	昼 (_____)時	夕 (_____)時	就寝前 (_____)時		_____ u	_____ u	_____ u	_____ u		_____ u	_____ u	_____ u	_____ u		_____ u	_____ u	_____ u	_____ u
	種類 \ 注射時刻	朝 (_____)時	昼 (_____)時	夕 (_____)時	就寝前 (_____)時																	
	_____ u	_____ u	_____ u	_____ u																		
	_____ u	_____ u	_____ u	_____ u																		
	_____ u	_____ u	_____ u	_____ u																		
その他療養上の 問題点																						
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>(〒 _____)</p> <p>住 所 _____</p> <p>(TEL : _____ - _____ - _____)</p> <p>(FAX : _____ - _____ - _____)</p> <p>医 師 氏 名 _____ 印</p>																						