

年 月 日

紹介状(市町村、保険者→一次医療機関)

市町村、保険者

機関名	
担当者名	
TEL	fax

紹介者名

ふりがな			
氏 名			
生年月日	年	月	日
性 別	男	女	
住 所			
電話番号			

一次医療機関(かかりつけ医)

医療機関名	
医師名	
TEL	fax

健診で高血糖を指摘されたケースです。

別添の資料1、2、3をご高覧いただき、今後のご指導・ご加療よろしくお願いたします。

〇〇市町村 保健師 〇〇 〇〇

健診経年結果一覧

		年 齢 実施年月 健診機関 基準値	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳		
			年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	
			空腹・食後	空腹・食後	空腹・食後	空腹・食後	空腹・食後	空腹・食後	空腹・食後	空腹・食後	空腹・食後	空腹・食後	空腹・食後	空腹・食後
身体 の 大 き さ	身長	cm												
	体重	kg												
	BMI 体重kg/(身長m) ²	18.5~24.9												
血管への影響 (動脈硬化の危険因子)	内臓脂肪の	腹囲	男 85cm未満 女 90cm未満											
		中性脂肪	30~149mg/dℓ											
		HDLコレステロール	40~119mg/dℓ											
		AST(GOT)	~30U/l											
		ALT(GPT)	~30U/l											
		γ-GT(γ-GTP)	~50U/l											
		血清尿酸	~6.9mg/dℓ											
	血管内皮障害	血圧	収縮期 ~129mmHg 拡張期 ~84mmHg											
		血糖	空腹時 ~99mg/dℓ 随時 ~139mg/dℓ											
	インスリン抵抗性	HbA _{1c} (糖化ヘモグロビン)	~5.1%											
		尿糖	(-)											
		尿蛋白	(-)											
	腎臓	血清クレアチニン	男 ~1.0mg/dℓ 女 ~0.7mg/dℓ											
		eGFR	60~											
その他の動脈硬化の危険因子		LDLコレステロール	80~120mg/dℓ											
血管変化	心臓	心電図	異常なし											
	脳	眼底検査	KW0 H 0 S 0											
血管の	ヘトクリット	男	38.5~48.9%											
		女	35.5~43.9%											
	血色素(ヘモグロビン)	男	13~18g/dℓ											
		女	12~16g/dℓ											
2次健診の項目														

* 正常値は一人ひとり違います。自分の基準値を確認しましょう

高血糖になった理由を考えるチェックリスト

当てはまる項目に○、記入しましょう

平成 年 月 日記入

氏名 さん (男 ・ 女) 歳

① 現 病 歴	高血糖 症状	のどが渇く・水分をとる量が多い・尿の量が多い・体重が減ってきた・ 疲れやすい(だるい)	
	合併症 症状	視力が低下した・足にしびれがある・歩くと足に痛みがはしる・勃起障害 無月経・汗のかき方がおかしい・便秘・下痢・足に潰瘍ができた・壊疽	
	糖尿病に気づ いたきっかけ (受診動機)	◆検査 (尿 ・ 血糖 ◆健診 (歳の時) ◆自覚症状 (いつ	その他 () どんな ()
② 既 往 歴	病 気	膵臓疾患・内分泌疾患・肝臓疾患 () 胃・十二指腸の手術(いつ 歳の時・どんな ()	
	治 療 歴	肥満・高血圧・脂質異常症(コレステロール・中性脂肪)・脳血管障害 心臓病(狭心症・心筋梗塞など)	
	体 重 歴	◆20歳の時の体重は(Kg) ◆今までの最高体重 (Kg) 何歳頃 (歳) ※体重減少(歳)(kg → kg)	妊娠・出産された方に ◆妊娠(歳)、出産(歳) ◆妊娠時尿糖陽性 (有 ・ 無) ◆妊娠糖尿病 (有 ・ 無) ◆4,000g以上の巨大児や低出生体重児 (有 ・ 無)(g) ◆繰り返す自然流産・奇形児出産 (有 ・ 無)

◆ご家族に肥満の方はいますか？(はい ・ いいえ)

療 歴	◆診断されたのはいつ(歳)	◆治療内容
	◆治療内容() ◆指導内容() ◆合併症() ◆治療経過・コントロール状況 ()	・ 経口血糖降下薬 (薬名 量 mg) (薬名 量 mg) ・ インスリン (製剤名 単位) ◆治療医療機関名 _____

の 知 識	⑤ 糖 尿 病	◆これまでに糖尿病に関する教育を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ) いつ頃(歳の時)
		◆食事療法や運動療法について教えてもらったことはありますか？ (はい ・ いいえ)

⑥ 日 常 生 活	飲 酒	無 何をどれくらい ()	喫 煙	無 (本/日)	嗜 好 品	
	<p>0時 6時 12時 18時 24時</p> <p>職業()</p>					

身体所見のポイント

comedical用

確認できたらチェックをいれましょう

平成 年 月 日記入

氏名 さん (男 ・ 女) 歳

① 身体所見

- 身長・体重・腹囲の計測 内科診療(視診・打診・聴診・触診・その他)
 血圧測定 循環器系・消化器系・呼吸器系 の異常所見のチェック

	身体症状	所見メモ
② 皮膚	<input type="checkbox"/> 皮膚が乾燥していないか	
	<input type="checkbox"/> 皮膚がゆるんでいないか(緊張の低下)	
	<input type="checkbox"/> 皮膚色が悪くなってないか	どこ
	<input type="checkbox"/> 水泡ができていないか(水泡症)	どこ
	<input type="checkbox"/> 白癬やカンジタなどの感染症はないか	
	<input type="checkbox"/> 爪が変形していないか(爪病変)	
	<input type="checkbox"/> 湿疹が出来ていないか	
	<input type="checkbox"/> 陰部にかゆみがないか <input type="checkbox"/> 手のひらや、足底にしこりがないか 足や手の指が伸ばせるか(デュピトラン拘縮)	
③ 眼	<input type="checkbox"/> 眼科を受診しているか	
	<input type="checkbox"/> 視力はどうか	
	<input type="checkbox"/> 眼底変化(眼底鏡による観察・無散瞳カメラによる撮影)	
	<input type="checkbox"/> 白内障はないか	
	<input type="checkbox"/> 緑内障はないか	
	<input type="checkbox"/> 眼球運動異常はないか	
	<input type="checkbox"/> 眼圧はどうか (右 mmHg ・左 mmHg)	
④ 口腔	<input type="checkbox"/> 口腔内が乾燥していないか	
	<input type="checkbox"/> う歯(虫歯)はないか	
	<input type="checkbox"/> 歯周病はないか	
	<input type="checkbox"/> 歯牙が欠損していないか	
	<input type="checkbox"/> 口腔内の感染症はないか	
⑤ 下肢	<input type="checkbox"/> 足背動脈、後頸骨動脈の拍動減弱や拍動の消失	
	<input type="checkbox"/> 浮腫はないか	
	<input type="checkbox"/> 潰瘍、壊疽はないか	
	<input type="checkbox"/> 胼胝(べんち)形成(痛みのないたこ)はみられないか	
⑥ 神経系	<input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 振動覚低下、	
	<input type="checkbox"/> 腱反射低下・消失(アキレス腱反射など)、	
	<input type="checkbox"/> 発汗異常 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 排尿障害	
	<input type="checkbox"/> 勃起障害 <input type="checkbox"/> 腓腹筋の把握痛 <input type="checkbox"/> 臀部筋萎縮	