

症 例 報 告 用 紙

申請者氏名_____ No. _____

施設名および診療科名	糖尿病性合併症および その他併発症の状態	治療法（最終受診時）	症例の概略 (100字以上200字以内で簡潔に記載)
・正式名称など入らない場合は別紙に記載	糖尿病網膜症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 増殖前・ <input type="checkbox"/> 増殖・ <input type="checkbox"/> 停止	指示食事エネルギー量 (kcal [/kg目標体重]/日) (エネルギー量設定のための目標BMI:)	
患者ID(診療記録番号)	糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 無または1期・ <input type="checkbox"/> 2期・ <input type="checkbox"/> 3期・ <input type="checkbox"/> 4期・ <input type="checkbox"/> 5期(<input type="checkbox"/> 透析療養中 <input type="checkbox"/> 腎移植後) eGFR: 尿アルブミン: mg/gCr 尿タンパク: ※定量の場合は単位も入力すること	食塩制限: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(g未満/日) タンパク制限: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(g/日) 運動療法: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は下記に指導内容を記載。無の場合は理由を記載。	
患者氏名 (イニシャル) 姓 () 名 () <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 (年齢)		{ }	
受持期間 年 月 日 ~ 年 月 日	糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (有の場合以下複数選択可) <input type="checkbox"/> 感覚・運動神経 <input type="checkbox"/> 自律神経 <input type="checkbox"/> 単神経	経口血糖降下薬: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 () () mg/日 () () mg/日 () () mg/日 () () mg/日 () () mg/日 () () mg/日	
身長 cm, 体重 kg BMI kg/m ²	糖尿病性大血管症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (有の場合以下複数選択可) <input type="checkbox"/> 脳・ <input type="checkbox"/> 冠動脈・ <input type="checkbox"/> 末梢血管・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
糖尿病の診断を受けた年齢 歳 病型: <input type="checkbox"/> 1型・ <input type="checkbox"/> 2型・ <input type="checkbox"/> 妊娠・ <input type="checkbox"/> その他:遺伝子異常が同定されたもの <input type="checkbox"/> その他:他の疾患・条件に伴うもの	血圧: / mmHg 高血圧症: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	注射薬 インスリン: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> CSII)	
病態: <input type="checkbox"/> インスリン依存状態 <input type="checkbox"/> インスリン非依存状態 ①1型和診断した根拠 ②インスリン依存状態とした根拠を記載。 { }	脂質異常症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> IIa・ <input type="checkbox"/> IIIb・ <input type="checkbox"/> III・ <input type="checkbox"/> IV・ <input type="checkbox"/> V 降圧薬: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 脂質治療薬: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 () () mg/日 () () mg/日 () () mg/日 () () mg/日 () () mg/日 () () mg/日	朝 昼 夕 眠 超速効/速効()-()-()-()単位 持効/NPH()-()-()-()単位 混合/配合()-()-()-()単位 ※混合/配合およびCSIIの記載は注意事項を確認して下欄に入力すること { }	
HbA1c: % その他の指標 { }		1日総インスリン量 ()単位/日 インクレチン関連注射薬: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 { }	
血糖自己測定 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有			