

## 基本情報

ID	入院期間		
氏名			
生年月日			
身長	体重	入院時HbA1c	血糖値
BMI	腹囲	血中CPR 0分:	120分:
既往歴	尿中微量アルブミン:		
感染症:	HBs抗原	HCV抗体	ATLA その他:
アレルギー:			
胸部レントゲン:	心電図:		
糖尿病の病型	1型・2型・その他 発症時期:		
診断名:			
	網膜症	かかりつけ眼科:	
	神経障害		
	腎症	(1期、2期、3A期、3B期、4期、5期)	
	その他		
治療内容	食事療法		
	運動療法		
	薬物療法		
	薬品名		
自宅	一人暮らし(あり・なし)	人暮らし	
	家族の中で窓口となる人		
職業	通勤: 電車・車・バス・徒歩 分		
調理担当			
指示カロリー			
血糖自己測定	(あり・なし)	測定器の名称	
備考			

### 生活改善のポイント

看護師

栄養士

薬剤師

検査技師

理学療法士

医師

**各部門担当者が、退院日までに記入  
各職種が、担当する項目を入力**

医師-----

看護師----

栄養士----

薬剤師----

検査技師---

理学療法士---