

糖尿病教室参加申込用紙(診療情報提供書)

年 月 日

送信先：魚沼基幹病院
 担当医：内分泌・代謝内科
 小原 伸雅、小林 道
FAX : 025-777-5030
 TEL : 025-777-3200
 指導内容お問い合わせ先：栄養管理科

医療機関名 _____
 住 所 _____
 T E L _____
 F A X _____
 医 師 名 _____ 印

ふりがな 患者氏名 様	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	
	年齢 歳	性別 男 ・ 女
	職業	
住所 〒	電話番号	

以下の項目にチェックまたは記入をお願い致します。

- ・ 今回の糖尿病教室 新規 再受講
- ・ 病名 1型DM 2型DM 妊娠DM その他 _____
- ・ 糖尿病の診断時期 _____ 歳頃 不明
- ・ 合併症 _____
- ・ 既往歴および家族歴 _____
- ・ 内服薬 なし あり 薬品名 (_____)
- ・ インスリン注射 なし あり 薬品名 (_____)
 朝 _____ 単位、昼 _____ 単位、夕 _____ 単位、眠前 _____ 単位
- ・ 指示内容および身体計測等
 - ① 食事指示内容 熱量 _____ kcal、食塩 _____ g 未満、その他 _____
 - ② 身体計測値 身長 _____ cm、体重 _____ kg (測定日 年 月 日)
 - ③ 運動療法 可 否
 - ④ 検査結果

検査項目	検査日付	検査値	検査項目	検査日付	検査値
HbA1c		%	随時血糖		mg/dl
LDL-C		mg/dl	Cre		mg/dl
HDL-C		mg/dl	BUN		mg/dl
TG		mg/dl	尿蛋白		

・ 症状経過、治療経過

*糖尿病教室参加日の 1週間前までに、医療機関からの申込みをお願い致します。

平成 29 年度糖尿病教室予定表

*場所 魚沼基幹病院 1階 多目的ホール

*日時 毎月第二火曜日 13:00~14:30

4月 11日	5月 9日	6月 13日
7月 11日	8月 8日	9月 12日
10月 10日	11月 14日	12月 12日
1月 9日	2月 13日	3月 13日



糖尿病教室内容・タイムスケジュール

時間	内容	担当
10:30~11:30	内科受診	医師
12:30~13:00	～糖尿病教室受け付け～	
13:00~13:25	糖尿病とは 検査、治療の3本柱、治療中の注意点	医師
13:25~13:30	フットケア	看護師
13:30~14:00	食事療法の大切さ	管理栄養士
14:00~14:10	外食フードモデル展示	
14:10~14:15	薬物療法 Q&A	薬剤師
14:15~14:30	運動療法のコツ、みんなでストレッチ	理学療法士

- *持ち物：筆記用具（お持ちの方は、診察券・糖尿病連携手帳・お薬手帳）
- *テキスト等は当日受付でお配りします。
- *教室では、治療に役立つ、一度は聞いて欲しい基本的なことを中心にお話しします。
- *保険点数で算出した費用がかかりますので詳細は下記までお問い合わせください。
- *かかりつけ医療機関からの申し込みが必要です。
- *完全予約制です。開催日の1週間前までにお申し込みください。
- *ご希望日に予約できない場合もあります。ご了承をお願い致します。

魚沼基幹病院 糖尿病療養チーム
 （担当：栄養管理科）
 TEL 025-777-3200（代）
 FAX 025-777-5030

