



福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科からのご案内 「治療の強化・見直しや入院治療を要する糖尿病」

謹啓

時下、先生方におかれましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

私ども福島県立医科大学、糖尿病内分泌代謝内科は、福島県、福島県医師会とタイアップして、全国ワーストクラスである福島県民の糖尿病の合併症・併存症（心筋梗塞、脳卒中、腎症、網膜症、癌、骨粗鬆症、歯周病等）の予防に取り組んでいます（福島県糖尿病重症化予防事業、福島ストップ Diabetes 講習会等 <https://fsdp.jp/>）。

なかでも「かかりつけ医と糖尿病の専門医・専門医療機関の連携」が大切です。今回は「5つの紹介基準」のうち、1、2、3に該当する「治療の強化・見直しや入院治療を要する糖尿病」の方を、かかりつけ医の先生方からご紹介いただきお返しすることで「連携を強化」し、糖尿病重症化ゼロを目指したいと考えています。

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準（作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会）
～主に糖尿病治療ガイドより～

1. 血糖コントロール改善・治療調整	目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が望ましい際の目標
<ul style="list-style-type: none"> ○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合（血糖コントロール目標※1）が達成できない状態が3か月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検査を含めて、紹介が望ましい。 ○新たな治療の導入（血糖降薬の選択など）に悩む場合。 ○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合（1型糖尿病等）。 ○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。 ○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。 ○感染症が合併している場合。 	HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満
高齢者については「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」を参照				
2. 教育入院	<ul style="list-style-type: none"> ○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合（特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する）。 			
3. 慢性合併症	<ul style="list-style-type: none"> ○慢性合併症（網膜症、腎症※2、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合。 ○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。 <p>※2: 腎機能低下やタンパク尿（アルブミン尿）がある場合は「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」を参照のこと。</p>			
4. 急性合併症	<ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病ケトアシドーシスの場合（直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る）。 ○ケトン体強性でも高血糖（300mg/dl以上）で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合（高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい）。 			
5. 手術	<ul style="list-style-type: none"> ○待機手術の場合（患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる）。 ○緊急手術の場合（手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる）。 			

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で連絡や併診等の受診形態を検討する。

「治療の強化・見直しや入院治療を要する糖尿病」の方がいらっしゃれば、添付の診療情報提供書を福島県立医科大学附属病院患者サポートセンター外来予約係にお送り下さい。新患外来予約日を決めて先生とご本人にご連絡します。何卒宜しくお願い申し上げます。

敬具

福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科学講座 ならびに 福島糖尿病対策推進会議
島袋 充生

診療情報提供書 貴院の書式でも構いません。



福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科学 新患外来担当医 宛

年 月 日

名刺を貼付頂いても結構です。

紹介元 医療機関名	
所在地	
TEL () - FAX () -	
診療科名・ 医師氏名	

福島県立医科大学附属病院
 <患者サポートセンター外来予約担当>
 FAX 024 (547) 1075
 TEL 024 (547) 1074
 予約申し込み受け付け時間
 月～金曜日 9:00～19:00
 土曜日 9:00～12:00

紹介方法など事前のお問い合わせは、糖尿病内分泌代謝内科新患担当宛 お気軽にご相談下さい。
 電話 024-547-1306 (月-金 9時-17時)、FAX 024-547-1311、dem@fmu.ac.jp

ふりがな	
患者氏名	様
生年月日： 年 月 日生 (歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
ご住所：〒	
ご連絡先 (いずれかで可)：携帯 () - TEL () -	
※連絡する際の希望 (時間帯、自宅・携帯など) ()	

■ 紹介目的 以下該当する項目にチェックまたは○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 糖尿病 「かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準」参照
<input type="checkbox"/> 血糖コントロール改善・治療調整 (ご要望：)
<input type="checkbox"/> 教育入院 (ご要望：)
<input type="checkbox"/> 慢性合併症 (ご要望：)
<input type="checkbox"/> 急性合併症 (ご要望：)
<input type="checkbox"/> 術前血糖管理 (ご要望：)

■ 外来受診日は月曜日から金曜日午前です。ご要望があれば記入下さい。

○月初旬希望、○曜日希望等、※ご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承下さい。

既に予約が決定している場合はご記入ください。
予約確定日 年 月 日 () :

■備考：病歴、既往歴、検査結果、処方等の診療情報がございましたら、可能な範囲でご記載あるいは添付下さい。当科受診日まで郵送、Fax あるいは受診当日患者様持参でも構いません。