

岡山大学病院 糖尿病センター 行き（送信表不要）
* 令和6年5月31日（金）までにお願ひします。
FAX(086)235-7136

糖尿病医療連携 実績報告書(専門治療医療機関用)

令和5年度

施設名:	
住所:	電話番号:
記載者(部署・職名)氏名	

※令和5年度の実数をご記入ください。

項目	実績 (実人数)	(再掲) 左記のうち総合管理医療 機関等から紹介された患者 (実人数)
糖尿病治療患者数 (専門治療医療機関として診療された入院及び外来患者数)	人	人
(再掲)糖尿病治療を主たる目的とした入院患者数	人	人
地域医療連携について	実績 (実人数)	
糖尿病地域連携診療計画書(クリティカルパス)実施の有無	有()件 ・ 無	
「糖尿病連携手帳」((社)日本糖尿病協会)の利用割合 (貴院で治療を行っている患者全体の何割が活用している か該当に○をつけてください)	1)ほとんど利用していない 2)30%未満 3)30~50%未満 4)50~70%未満 5)70~100%	
歯科医療機関への紹介件数 ※併設している場合の紹介も含む	有()人 無(理由)	
糖尿病医療連携推進に関するご意見をお願いします。		