

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(慢性合併症治療・糖尿病網膜症用)

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(外来及び入院患者数)	人	人
専門的診療件数(糖尿病患者に限る)	実績 (実人数)	
糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導		人
蛍光眼底造影検査		人
網膜光凝固術		人
硝子体手術、網膜剥離手術		人
地域医療連携について	実績 (実件数)	
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) ※糖尿病眼手帳も含む	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%	
糖尿病医療連携推進に関するご意見をお願いします。		