

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

令和5年度

糖尿病医療連携 実績報告書(総合管理医療機関用)

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)	
糖尿病治療患者数 (総合管理医療機関として診療した入院及び外来患者数) *現時点では投薬治療等なく、経過観察を行っている方も計上してください	人	
専門的診療件数	実績(実人数)	
自己注射	人	
自己血糖測定	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%	
専門治療医療機関等への紹介件数 (※有の場合は件数を、無の場合は理由をご記入ください)	有()人 無(理由)	
内 訳 (重 複 も 可)	原疾患の治療(教育入院を含む)	有()人 無(理由)
	合併症のコントロール	有()人 無(理由)
	急性増悪(シックデイ、糖尿病昏睡等)	有()人 無(理由)
	歯周疾患	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。		