



<b>日時</b>	H 年 月 日	医師コメント          サイン（ ）	
	開始時		
<b>体重</b>	Kg		
<b>血圧</b>	/		
<b>臍周囲径</b>	cm		
<b>血糖</b>	<b>血糖値</b>		(mg/dL)
	<b>時間</b>		食後（ ）時間
	<b>HbA1c (GA)</b>		
<b>療養指導</b>			
<b>治療の設定</b>			
<b>栄養量</b>			
<b>合併症</b>	<input type="checkbox"/> 1. 網膜症 (単純・前増殖・増殖) <input type="checkbox"/> 2. 神経障害 <input type="checkbox"/> 3. 腎症 2期 (早期) 3A 3B期 4期 (腎不全期) 5期 (透析療法期) <input type="checkbox"/> 4. 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 5. 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 6. 末梢循環障害		
<b>その他</b>	<input type="checkbox"/> 喫煙歴 有 無 ( 本/日、 年)		





<b>日時</b>		H 年 月 日	医師コメント             サイン（      ）   療養指導
		1年後	
<b>体重</b>		Kg	
<b>血圧</b>		/	
<b>臍周囲径</b>		cm	
<b>血糖</b>	<b>血糖値</b>		
	<b>時間</b>		
	<b>HbA1c (GA)</b>		
<b>合併症検査</b>			
<b>神経伝導速度</b>		実施 / 未実施	
<b>頸動脈エコー</b>		実施 / 未実施	
<b>腹エコー</b>		実施 / 未実施	
<b>ABI/PWV</b>		実施 / 未実施	
<b>眼科</b>		受診 / 未受診	
<b>治療の変更</b>		有    /    無	
<b>合併症</b>		<input type="checkbox"/> 1. 網膜症 （単純・前増殖・増殖） <input type="checkbox"/> 2. 神経障害 <input type="checkbox"/> 3. 腎症 2期（早期） 3A 3B期 4期（腎不全期） 5期（透析療法期） <input type="checkbox"/> 4. 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 5. 脳血管疾患	
<b>その他</b>			



<b>日時</b>	H 年 月 日		医師コメント	
	開始時			
<b>体重</b>	Kg			
<b>血圧</b>	/			
<b>臍周囲径</b>	cm			
<b>血糖</b>	<b>血糖値</b>	(mg/dL)		サイン ( )
	<b>時間</b>	食後 ( ) 時間		
	<b>HbA1c (GA)</b>			
<b>治療の設定</b>				療養指導
<b>栄養量</b>				
<b>合併症</b>				
<input type="checkbox"/> 1. 網膜症 (単純・前増殖・増殖)				
<input type="checkbox"/> 2. 神経障害				
<input type="checkbox"/> 3. 腎症 2期 (早期) 3A 3B期 4期 (腎不全期) 5期 (透析療法期)				
<input type="checkbox"/> 4. 冠動脈疾患				
<input type="checkbox"/> 5. 脳血管疾患				
<input type="checkbox"/> 6. 末梢循環障害				
<b>その他</b>				
<input type="checkbox"/> 喫煙歴 有 無 ( 本/日、 年)				