

糖尿病治療における地域医療連携状況調査票

施設名					診療科名	
病床	有床		無床		*あてはまるものに○を選択してください。	
教育入院	有		無		*あてはまるものに○を選択してください。	
所在地					二次医療圏	
記載担当者						
e-mail					電話	

I 糖尿病治療における医療連携の状況について

(1) 糖尿病治療において、他の病院や診療所と連携をとることはありますか。「はい」か「いいえ」のどちらかをあてはまるものに○を選択してください。 はい いいえ

(2) (1) で「はい」とお答えの場合、連携の目的であてはまるものに○を選択してください。また、その場合の連携先であてはまるものに○を選択してください。

(ア) 目的 (複数回答可)

(イ) 連携先 (複数回答可)

		小児科	産婦人科	皮膚科	内科	糖尿病内科	代謝・内分泌内科	循環器内科	外科	心臓血管外科	泌尿器科	腎臓内科	脳神経外科	神経内科	眼科	整形外科	形成外科	歯科・口腔外科	精神科	市町村	市町村国保以外の保険者	その他 (自由記載)	
<input type="checkbox"/>	i 専門的な検査を依頼	→																					
<input type="checkbox"/>	ii 専門的な治療を依頼	→																					
<input type="checkbox"/>	iii 合併症治療を依頼	→																					
<input type="checkbox"/>	iv かかりつけ医に日常的な診療 (リスク管理) を依頼	→																					
<input type="checkbox"/>	v 患者教育 (家族教育) を依頼	→																					
<input type="checkbox"/>	vi その他→ ()	→																					

II 地域連携クリティカルパスの活用状況について

(1) 地域連携クリティカルパスを「活用している」医療機関にのみ、伺います。

地域連携クリティカルパスを活用し、連携している相手先について、あてはまるものに○を選択してください。

小児科	産婦人科	皮膚科	内科	糖尿病内科	代謝・内分泌内科	循環器内科	外科	心臓血管外科	泌尿器科	腎臓内科	脳神経外科	神経内科	眼科	整形外科	形成外科	歯科・口腔外科	精神科	市町村	市町村国保以外の保険者	その他 (自由記載)	

(2) 地域連携クリティカルパスを「活用していない」医療機関にのみ、伺います。

地域連携クリティカルパスを活用していない理由について、あてはまるものに○を選択してください。

<input type="checkbox"/>	i 糖尿病連携手帳 (糖尿病協会発行等の糖尿病地域連携クリティカルパス) を当院で使用していない
<input type="checkbox"/>	ii 糖尿病地域連携クリティカルパスを活用するメリットが感じられない
<input type="checkbox"/>	iii 糖尿病地域連携クリティカルパスの活用の仕方がわからない
<input type="checkbox"/>	iv 糖尿病連携手帳を地域連携クリティカルパスとして活用できることを知らない
<input type="checkbox"/>	v その他→ ()

【地域連携クリティカルパスとは】

- (1) 複数の医療機関等が役割分担を含め、事前に診療内容を提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするものです。
- (2) 施設ごとの診療内容と治療経過・目標等を、診療計画として明示するものです。
- (3) 診療報酬の算定の有無は問いません。
- (4) 使用する様式は問いません。「糖尿病連携手帳 (糖尿病協会発行)」や「糖尿病眼手帳 (糖尿病眼学会発行)」、その他様式 (連携する医療機関との共通様式) を、パスとして活用している場合も含まれます。
- (5) 糖尿病専門医が身近にいない地域についても、かかりつけ医、眼科医、歯科医、看護師、保健師、管理栄養士等、複数の機関とともに糖尿病連携手帳を活用している場合は、「活用」に含まれます。

III 糖尿病の医療連携や、地域連携クリティカルパスの活用について、課題と感ずることがありましたら、お聞かせください。(自由記載)