資料２－２

送信先：北海道保健福祉部健康安全局地域保健課　がん対策係　あて
FAX　：０１１－２３２－２０１３

糖尿病治療における地域医療連携状況調査票（案）

基本事項	施設名		連絡先	担当者： TEL　　内線
	診療科名			
	病　床	1無床　　2有床　　⇒2　有床の場合、教育入院の実施　　・有　・無		

☆下記の設問にお答えください。

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。
　　ⅰ　はい　　ⅱ　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○を記入してください。また、その場合の連携先を下記１～19から選んで記入してください。

（ア）目　的（複数回答可）　　（イ）連携先（複数回答可）

ⅰ専門的な検査を依頼　→　[　　]
ⅱ専門的な治療を依頼　→　[　　]
ⅲ合併症治療を依頼　→　[　　]
ⅳかかりつけ医に日常的な診療（リスク管理）を依頼　→　[　　]
ⅴ患者教育（家族教育）を依頼→　[　　]
ⅵ他（　　）→　[　　]

※（イ）連携先は下記のあてはまるものから選んでください
1.小児科　2.産婦人科　3.皮膚科　4.内科　5.糖尿病内科　6.代謝・内分泌科
7.循環器内科　8.外科　9.心臓血管外科　10.泌尿器科　11.腎臓内科　12.脳神経外科
13.神経内科　14.眼科　15.整形外科　16.形成外科　17.歯科・口腔外科　18.精神科
19.市町村　20.市町村国保以外の保険者　21.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）糖尿病の医療機能に関する申出書（調査票４）の３　地域連携クリティカルパスの活用について、「活用している」と回答した医療機関にのみ、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○をご記入ください。（複数回答可）

【連携先】
1.小児科　2.産婦人科　3.皮膚科　4.内科　5.糖尿病内科　6.代謝・内分泌科
7.循環器内科　8.外科　9.心臓血管外科　10.泌尿器科　11.腎臓内科　12.脳神経外科
13.神経内科　14.眼科　15.整形外科　16.形成外科　17.歯科・口腔外科　18.精神科
19.市町村　20.市町村国保以外の保険者　21.その他（　　）

（２）糖尿病の医療機能に関する申出書（調査票４）の３　地域連携クリティカルパスの活用について、「活用していない」と回答した医療機関にのみ、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○をご記入ください。（複数回答可）

１　糖尿病連携手帳（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
２　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
３　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
４　糖尿病連携手帳を地域連携パスとして活用できることを知らない
５　その他（　　）

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、課題と感じることがありましたら、お聞かせください。（自由記載）

－御協力ありがとうございました－