

糖尿病の医療機能に関する申出書

【回答日 年 月 日】

医療機関名			
所在地			
事務担当者	部署	氏名	
連絡先	電話	FAX	
	e-mail		

◎ 平成 年 月 日現在の医療機能は次のとおりです。

1 医療機能について

次の①～③、a～c について、該当する場合に、○をつけてください(複数可)。

糖尿病医療を担う医療機関 公表基準		該当の場合○
①	インスリン療法を行うことができること	
②	糖尿病患者教育(食事療法・運動療法・自己血糖測定)を行うことができること	
③	糖尿病による合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができること	
参考	a 糖尿病療養指導士がいる(*地域糖尿病療養指導士(LCDE)を含む)	
	b 糖尿病透析予防指導管理料の保険診療に係る届出をしている	
	c 腎臓病療養指導士がいる	

2 糖尿病連携手帳の配布について

糖尿病連携手帳(日本糖尿病協会発行)等を配布しているかについて、該当するものに○をつけてください。

配布している	
配布していない	

3 地域連携クリティカルパスの活用について

診療情報や治療計画の共有等、医療施設間の連携を図るため、地域連携クリティカルパスを活用しているかについて、該当するものに○をつけてください。

使用している様式に○をつけてください。

活用している		→		糖尿病連携手帳
活用していない				その他様式

【地域連携クリティカルパスとは】

- 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なるものです。
- 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。
- 診療報酬の算定の有無は問いません。
- 使用する様式は問いません。「糖尿病連携手帳」や「糖尿病眼手帳」、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。
- 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」に含みます。

4 公表について

北海道保健福祉部が作成する医療計画において、糖尿病の医療機能を担う医療機関として公表されることへの同意の有無について、○をつけてください。

同意します	
同意しません	

※公表内容は、医療機関名と、設問1の医療機能に限ります。道HPの北海道医療計画ページ及び地域保健課ページで公表しています。

医療機関名

代表者名