

# 「糖尿病地域連携クリティカルパス」に 同意された方へ（専門医療機関用）

## 1 パスに同意

## 2 かかりつけ医を決定

病院名

## 3 受診日を決め予約

受診日 月 日 時

## 4 かかりつけ医 受診



受診間隔は、  
月1回程度です

## 5 専門医療機関 受診

受診間隔は、  
年1～2回です

糖尿病連携手帳と  
おくすり手帳は、  
忘れずにお持ちください



公益社団法人 日本糖尿病協会 編

連絡先(かかりつけ医):  
連絡先(専門医療機関):