

糖尿病医療連携 実績報告書(慢性合併症治療・糖尿病網膜症用)

H25年度

施設名:

住所:

電話番号:

記載者(部署・職名)氏名

※平成25年度(平成25年4月1日～平成26年3月31日)の実数をご記入ください。

項目	実績 (実人数)	(再掲) 左記のうち総合管理医療機 関等から紹介された患者 (実人数)
糖尿病治療患者数(外来及び入院患者数)	人	人
専門的診療件数(糖尿病患者に限る)	実績 (実人数)	
糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導		人
蛍光眼底造影検査		人
網膜光凝固術		人
硝子体手術、網膜剥離手術		人
地域医療連携について	実績 (実件数)	
糖尿病地域連携診療計画書(クリティカルパス)実施の有無	有()件 ・ 無	
「糖尿病連携手帳」((社)日本糖尿病協会)の利用割合 (貴院で治療を行っている患者全体の何割が活用している か該当に○をつけてください) ※糖尿病眼手帳も含む	1)ほとんど利用していない 2)30%未満 3)30～50%未満 4)50～70%未満 5)70～100%	
糖尿病医療連携推進に関するご意見をお願いします。		