

該当疾患: 2型糖尿病 高血圧症 脂質異常症 CKD
(複数ある場合はすべてに☑)

必須項目を赤字で示しています

全疾患

基本情報	登録番号 (J-DOME 登録用の患者番号)			同意の取得	<input type="checkbox"/> あり	
	診療日	20□□年 月 日				
	年齢	()歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	身長	()cm <input type="checkbox"/> 変化なし	体重	()kg		
	喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり (本/日・年数 年) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり				
	飲酒頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に4~6日 <input type="checkbox"/> 週に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日~3日 <input type="checkbox"/> 数ヶ月に1回 <input type="checkbox"/> 飲まない				
	療法・支援	食事療法	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	減塩の支援	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	運動療法

血圧・血糖	外来血圧・脈拍(直近)	収縮期	()mm Hg	拡張期	()mm Hg	脈拍	()bpm
	血糖値	<input type="checkbox"/> 空腹時:()mg/dl / <input type="checkbox"/> 随時:()mg/dl					
	HbA1c(2型糖尿病必須)	()%					

検査値	中性脂肪	()mg/dl	HDL コレステロール	()mg/dl
	総コレステロール	()mg/dl	LDL コレステロール	()mg/dl
	ALT	()IU/L	血清クレアチニン	()mg/dl
	尿酸値	()mg/dl		
	血清カリウム	()mEq/l	血清アルブミン	()g/dL
	尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上 <input type="checkbox"/> 未評価・不明	尿潜血(複数☑可)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上 <input type="checkbox"/> 肉眼的 <input type="checkbox"/> 未評価・不明
	尿ケトン体	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上 <input type="checkbox"/> 未評価・不明	eGFR	()mL/min/1.73m ²
		尿アルブミン/クレアチニン比	()mg/gCr	

処方薬	糖尿病治療薬 (配合剤の場合は、含まれる薬効成分にチェック)	<input type="checkbox"/> スルホニル尿素(SU)薬 <input type="checkbox"/> ビグアナイド薬 <input type="checkbox"/> αグルコシダーゼ阻害薬 <input type="checkbox"/> チアゾリジン薬 <input type="checkbox"/> 速効性インスリン分泌促進薬(グリニド薬) <input type="checkbox"/> DPP-4 阻害薬 <input type="checkbox"/> SGLT2 阻害薬 <input type="checkbox"/> インスリン製剤 <input type="checkbox"/> GLP-1 受容体作動薬(注射) <input type="checkbox"/> GLP-1 受容体作動薬(経口) <input type="checkbox"/> イメグリミン <input type="checkbox"/> GIP/GLP-1 <input type="checkbox"/> その他
	降圧薬 (配合剤の場合は、含まれる薬効成分にチェック)	<input type="checkbox"/> カルシウム拮抗薬 <input type="checkbox"/> アンジオテンシン II 受容体拮抗薬(ARB) <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> ACE 阻害薬 <input type="checkbox"/> 鉍質コルチコイド受容体(MR)拮抗薬 <input type="checkbox"/> α遮断薬 <input type="checkbox"/> ARNI <input type="checkbox"/> その他
	脂質異常症治療薬	<input type="checkbox"/> HMG-CoA 還元酵素阻害薬(スタチン系) <input type="checkbox"/> その他
	抗血栓薬	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬(<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> DOAC) <input type="checkbox"/> その他
	抗認知症薬	<input type="checkbox"/> コリンエステラーゼ阻害薬 <input type="checkbox"/> NMDA 受容体阻害薬

糖尿病

基本情報・合併症	糖尿病の診断年月	(西暦 年 月) <input type="checkbox"/> 不明		
	当院への糖尿病通院歴	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> ~1年 <input type="checkbox"/> 1~5年 <input type="checkbox"/> 6~10年 <input type="checkbox"/> 11~15年 <input type="checkbox"/> 15年以上		
	糖尿病の家族歴(2親等以内)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	糖尿病網膜症	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 増殖前 <input type="checkbox"/> 増殖) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	神経障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	人工透析	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	足病変	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 壊疽 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 切断) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	足白癬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

高血圧症

基本情報	高血圧症の診断年月		(西暦 年 月) <input type="checkbox"/> 不明					
	高血圧症の家族歴(2親等以内)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
	外来血圧・脈拍(診療日の2回目測定値)		収縮期	()mm Hg	拡張期	()mm Hg	脈拍	()bpm
	家庭血圧・	直近(診療日に最も近い日)	収縮期	()mm Hg	拡張期	()mm Hg	脈拍	()bpm
	脈拍	前回(上記の次に新しい日)	収縮期	()mm Hg	拡張期	()mm Hg	脈拍	()bpm
推定塩分摂取量※(可能な場合。随時尿(起床後第2尿)検査による推定1日食塩摂取量)					1日食塩摂取量()g/日			

※日本高血圧学会が推奨する塩分摂取量の計算方法はこちらです
<https://www.jpnsh.jp/natkali-e/>

全疾患

併発疾患	冠動脈疾患	<input type="checkbox"/> あり → (<input type="checkbox"/> 造影検査※ <input type="checkbox"/> その他検査等) ※造影CTも含む → <input type="checkbox"/> 初回又は前回登録時以降 変化なし <input type="checkbox"/> 前回登録時以降 変化(新規イベント)あり 診断名: <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 血行再建治療(PCI/CABG等)の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	脳血管疾患	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 初回又は前回登録時以降 変化なし <input type="checkbox"/> 前回登録時以降 変化(新規イベント)あり 診断名: <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作(TIA) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	がん	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 初回又は前回登録時以降 変化なし <input type="checkbox"/> 前回登録時以降 変化(新規イベント)あり 診断名: <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 肝臓がん <input type="checkbox"/> 膵臓がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん <input type="checkbox"/> 膀胱がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	心不全	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	不整脈	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 診断名: <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明
	脂質異常症 ありの場合	脂質異常症の診断年月(西暦 年 月) <input type="checkbox"/> 不明 診断名: <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 <input type="checkbox"/> 高中性脂肪血症 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明
	CKD ありの場合	CKDの診断年月(西暦 年 月) <input type="checkbox"/> 不明
	認知症	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 血管性 <input type="checkbox"/> 左記以外 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	フレイル(65歳以上)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ★下段のフレイルの設定で、3つ以上の項目に該当する場合をフレイルとする

糖尿病

他科受診等	歯科定期受診(年1回以上)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	歯周病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	眼科定期受診(年1回以上)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	他者の介助を必要とする低血糖の発生	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	転倒による骨折の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	糖尿病連携手帳の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

全疾患

その他	貴院以外の受診状況(併診)	<input type="checkbox"/> 受診なし <input type="checkbox"/> 受診あり(<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医 <input type="checkbox"/> 高血圧専門医 <input type="checkbox"/> 腎臓専門医 <input type="checkbox"/> 左記以外の医師を受診)
	食事療法の実施者(該当者全て)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士(院内) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(院外) <input type="checkbox"/> その他のスタッフ
	オンライン診療の実施	<input type="checkbox"/> あり()ヶ月に1度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 今後、実施を検討・予定
	生活習慣病関連の算定	<input type="checkbox"/> 生活習慣病管理料(I) <small>NEW</small> <input type="checkbox"/> 生活習慣病管理料(II) <small>NEW</small> <input type="checkbox"/> 特定疾患療養管理料 <input type="checkbox"/> 地域包括診療加算 <input type="checkbox"/> 地域包括診療料 <input type="checkbox"/> 不明

以下は、わかる場合のみご回答ください

認知症	MMSE()点 / 長谷川式()点 (1年以内の測定値がある場合のみ)	在宅医療の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
フレイル★	<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 主観的疲労感 <input type="checkbox"/> 日常生活活動量の減少 <input type="checkbox"/> 身体能力(歩行速度)の減弱 <input type="checkbox"/> 筋力(握力)の低下		
要介護度	<input type="checkbox"/> なし(非該当) <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 不明		

過去に登録された患者さんの外来が途切れている場合のみ下記をお願いします

外来受診が途切れた場合 その理由	<input type="checkbox"/> 転医・転居 <input type="checkbox"/> 死亡(理由) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明
------------------	---