

接着テープ

糖尿病連携手帳の表紙裏に貼りつけます

## わたしについて（記入日 . . .）

(ふりがな) お名前		性別	男性・女性
連絡先 TEL		生年 月日	年 月 日

これからの人生をあなたらしく過ごすために、3つのことを教えてください。

このノートがあなたの生活を応援するために活用される事を願っています。

Q1. あなたにとって糖尿病はどのような病気ですか？

Q2. 糖尿病で気を付けていることはありますか？

Q3. この先どのように過ごしたいですか？

※糖尿病連携手帳の P4・5 に基本情報の記入をお願いいたします

## 支援者が応援すること

目指す値(HbA1c)

(日付 . . )

主治医

歯科医

眼科医

薬剤師

## 支援者が応援すること

ケアマネジャー

看護師

介護職員

栄養士

リハビリスタッフ・その他 ( )

記入開始年 年

①

月日	誰が誰に	内容（何を）	確認

②

月日	誰が誰に	内容（何を）	確認

3

月日	誰が誰に	内容（何を）	確認

4

月日	誰が誰に	内容（何を）	確認

5

月日	誰が誰に	内容（何を）	確認

6

月日	誰が誰に	内容（何を）	確認

月日	誰が誰に	内容（何を）	確認

月日	誰が誰に	内容（何を）	確認

月日	誰が誰に	内容（何を）	確認

月日	誰が誰に	内容（何を）	確認

# 「わたしの糖尿病連絡ノート」の使い方



- 気になる事や質問など、伝えたいことを気楽にお書きください
- この連絡ノートは、主治医やヘルパー等の支援者にご提示ください

## 支援者の皆さまへ

- 応援したいこと (p4、5) を記入してください。
- 共有したい内容を記録ページ (p6 以降) に記入してください。

使い方詳細は↓



発行元 横浜市医療局がん・疾病対策課

Tel : 045-671-2721

Mail : ir-shinsei@city.yokohama.lg.jp

令和6年8月発行