

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

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

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



紹介動画は
こちら



* 港北区糖尿病委員会作成版



- 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7年7月発行