

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 |

これから的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