

# 「糖尿病藥事照護暨健康管理試辦計畫」

糖尿病個案登錄表 編號：\_\_\_\_\_ (由管理中心提供)

1. 個案是否為糖尿病共同照護網之病人？  是  否

2. 就診醫療院所 / 主治醫師 / 登錄時間：

## 基本資料

姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_\_

出生年月日：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 年齡：\_\_\_\_\_歲

戶籍住址：\_\_\_\_\_縣市\_\_\_\_\_鄉鎮市區\_\_\_\_\_村里\_\_\_\_\_街路\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

通訊住址：同上，(或)\_\_\_\_\_縣市\_\_\_\_\_鄉鎮市區\_\_\_\_\_村里\_\_\_\_\_街路\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

電話：( ) \_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_ (至少一項)

教育程度：不識字 識數字 識字 國小 國中 高中(職) 大專 研究所(含以上)

婚姻狀況：未婚 已婚 分居 鰥寡 離婚 再婚 同居

主要照顧者：有，稱謂：\_\_\_\_\_； 無，原因：\_\_\_\_\_

飲食主要來源：家屬烹調，稱謂：\_\_\_\_\_ 自己烹調 外食

## 糖尿病史

診斷別：第一型 第二型

發病起始年/罹病年數：民國\_\_\_\_\_年/計\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

治療方式/使用起始年：口服降血糖/民國\_\_\_\_\_年；Insulin/民國\_\_\_\_\_年 其它：\_\_\_\_\_/民國\_\_\_\_\_年(可複選)

糖尿病家族史：無；不詳；有(續答)：(1)父系(2)母系(3)兄弟姐妹 (4)子女(可複選)

糖尿病合併症/確診年：無；不詳；有(續答)：(可複選)

(1) 視網膜病變/民國\_\_\_\_\_年 (2) 足部病變/民國\_\_\_\_\_年 (3) 腎臟病變/民國\_\_\_\_\_年

(4) 神經病變/民國\_\_\_\_\_年 (5) 冠心病 /民國\_\_\_\_\_年 (6) 腦中風/民國\_\_\_\_\_年

(7) 洗腎 /民國\_\_\_\_\_年 (8) 截肢 /民國\_\_\_\_\_年 (9) 失明 /民國\_\_\_\_\_年

高血壓病史/確診年：無；不詳；有(續答)：民國\_\_\_\_\_年；罹病年數：計\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

其他病史：無；不詳；有(續答)：

(1) 疾病名稱/發病起始年：\_\_\_\_\_/民國\_\_\_\_\_年

(2) 疾病名稱/發病起始年：\_\_\_\_\_/民國\_\_\_\_\_年

## 危險因子

(1) 吸菸：從不；已戒；目前有吸(續答)：\_\_\_\_歲開始吸，平均一天吸\_\_\_\_支

(2) 喝酒：從不；已戒；目前有喝(續答)：\_\_\_\_歲開始喝，喝哪種酒？\_\_\_\_\_，

平均每星期喝\_\_\_\_次，每次喝\_\_\_\_杯(以喜宴用杯為準，可以小數點表示杯數) 偶爾

## 實驗室檢查紀錄表

檢驗日期(年月日)	/ /	/ /	/ /	/ /
身高(cm) / 體重(Kg)				
BMI(Kg/m <sup>2</sup> ) / 腰圍(cm)				
血壓(mmHg) / 脈搏(次/min)				
檢驗日期(年月日)	/ /	/ /	/ /	/ /
AC. sugar / PC. sugar				
A1c(%) / Cr.				
Chol-C / TG				
LDL-t / HDL-C				
SGOT / SGPT				

Alb / UA				
Urine Protein				
GFR(ml/min/1.73m <sup>2</sup> )				
ACR/PCR (mg/gm)				

### 視網膜檢查及疫苗注射紀錄表

篩檢項目/日期(年月日)/結果		年月日	右側	左側
視網膜檢查	視力-矯正視力請加註( )			
	檢查結果(代碼：1 正常 2 BDR 3 中度 NPDR 4 重度 NPDR 5 PDR 6 黃斑部水腫 7 虹膜上新生血管性青光眼 8 青光眼 9 會影響視力之白內障 10 其他：請敘明)(可複選)			

疫苗注射	種類	日期	日期

### 目前使用藥物情形 (請附上處方箋或處方箋影印本)

#### 治療情形之評估及指導

衛教日期(年月日)	/ /	/ /
按時就診	<input type="checkbox"/> 是-間隔：_____週/次 <input type="checkbox"/> 否-原因：_____	<input type="checkbox"/> 是-間隔：_____週/次 <input type="checkbox"/> 否-原因：_____
按時服藥	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否-原因：_____	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否-原因：_____
按量服藥	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否-原因：_____	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否-原因：_____
是否使用偏方	<input type="checkbox"/> 否-原因：_____	<input type="checkbox"/> 否-原因：_____
	<input type="checkbox"/> 是-種類：_____	<input type="checkbox"/> 是-種類：_____
是否使用胰島素	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (續答)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (續答)
1. 保存方法	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯
2. 注射方法	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯	<input type="checkbox"/> 對 <input type="checkbox"/> 錯
3. 注射時間	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確
4. 注射部位	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確
5. 更換注射部位	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 無

#### 其它評估及指導

低血糖預防	是否知道低血糖症狀	<input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 不知	<input type="checkbox"/> 知 <input type="checkbox"/> 不知
	是否有低血糖經驗-	<input type="checkbox"/> 未曾發生 <input type="checkbox"/> 曾發生(續答)	<input type="checkbox"/> 未曾發生 <input type="checkbox"/> 曾發生(續答)
	1. 最近一次發生時間	<input type="checkbox"/> 1個月內 <input type="checkbox"/> 1年內 <input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 1個月內 <input type="checkbox"/> 1年內 <input type="checkbox"/> 1年以上
	2. 處理方式	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確：原因_____	<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確：原因_____
	有無隨身攜帶糖	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無-原因：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無-原因：_____
戒菸諮詢	是否抽菸	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____支/天 (續答)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____支/天 (續答)
	1. 是否想戒菸	<input type="checkbox"/> 不想 <input type="checkbox"/> 想-(續答)	<input type="checkbox"/> 不想 <input type="checkbox"/> 想-(續答)
	2. 戒菸時間	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 一個月 <input type="checkbox"/> 半年內	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 一個月 <input type="checkbox"/> 半年內
自我照護	有無自我監測血糖或血壓	<input type="checkbox"/> 有：_____次/週 <input type="checkbox"/> 無-原因：_____	<input type="checkbox"/> 有：_____次/週 <input type="checkbox"/> 無-原因：_____
	是否清楚如何使用血糖機或血壓計	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	外出有無隨身攜帶糖尿病護照	<input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 無-原因：_____	<input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 無-原因：_____