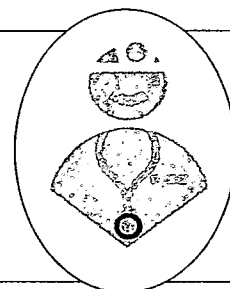


③患者の選択

試験担当医師

候補となる患者が選択基準に適合し、除外基準に抵触しないことを確認します。



選択基準

- 1) 1型および2型糖尿病患者
- 2) 年齢40歳以上75歳未満の患者(40歳から74歳まで)

*** 年齢の境目にご留意下さい！**
40歳＝昭和42年、西暦1967年生まれ
74歳＝昭和7年、西暦1932年生まれ

但し、12月31日までの場合

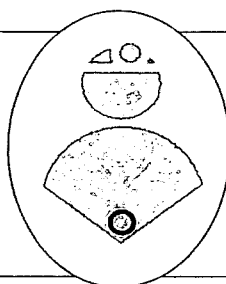
除外基準

- 1) 糖尿病外来への定期的な受診が不可能な患者
- 2) 糖尿病増殖網膜症に進展している患者
- 3) 透析療法施行中の患者(腎症5期)
- 4) 最近5年間で悪性腫瘍と診断された患者
- 5) その他、試験担当医師が対象として不適当と判断した患者

④患者同意の取得

試験担当医師

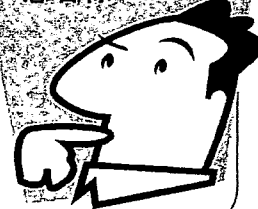
患者同意の取得
および
患者同意文書保管



説明

同意

患者様



患者同意文書

よくお読み下さい

「糖尿病における合併症の実態把握とその治療に関するデータベース構築による大規模前向き研究」

(説明書 および 同意書)

「糖尿病における合併症の実態把握とその治療に関するデータベース構築による大規模前向き研究」の参加についての説明文です。
内容についてわからないこと、お聞きになりたいことがありましたら、ご連絡なくお申し出下さい

作成日 2007年5月22日
版番号

・試験担当医師は、本試験の内容を事前に患者様本人に十分説明した上で同意を得る。
同意は文書によるものとし、患者本人の署名をもって同意取得とする。

・取得した同意文書は担当医師が厳重に管理・保管する。

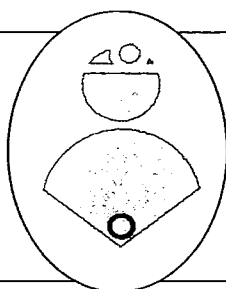
⑤仮登録-その1

試験担当医師

仮登録期間

平成19年6月～平成20年5月末日

症例報告書の記入



JDCP study

症例報告書

《①研究担当者保管用》

患者基本情報(必須)

施設登録番号	未記入
中央登録番号	未記入

患者様への説明と研究への参加受諾

- 説明 ☒済
- 患者様の研究への参加受諾 ☒

2ページ目

-2-

- ・試験担当医師は、患者同意取得後、症例報告書(患者基本情報[必須])を記入する。
- ・患者様への説明と研究への参加受諾が済んでいることを確認できるようチェックしてください。
- ・その際、施設登録番号、中央登録番号は未記入。

②③④ページは複写になっています。
黒のペンでしっかりと記入して下さい。

⑥仮登録-その2

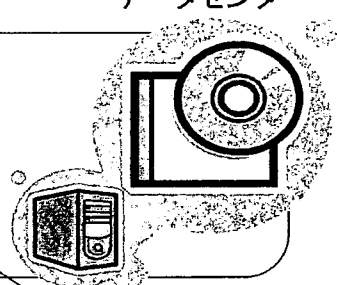
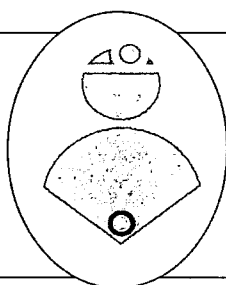
試験担当医師

データセンター

患者基本情報(必須)

《②データセンター送付用》の
送付

送付



専用封筒

JDCP study

症例報告書

《②データセンター送付用》

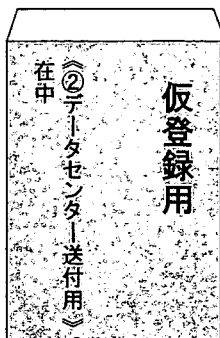
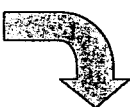
患者基本情報(必須)

- 1.身体所見
- 2.血液検査
- 3.腎症指標
- 4.心電図
- 5.網膜症指標

切り取る

-3-

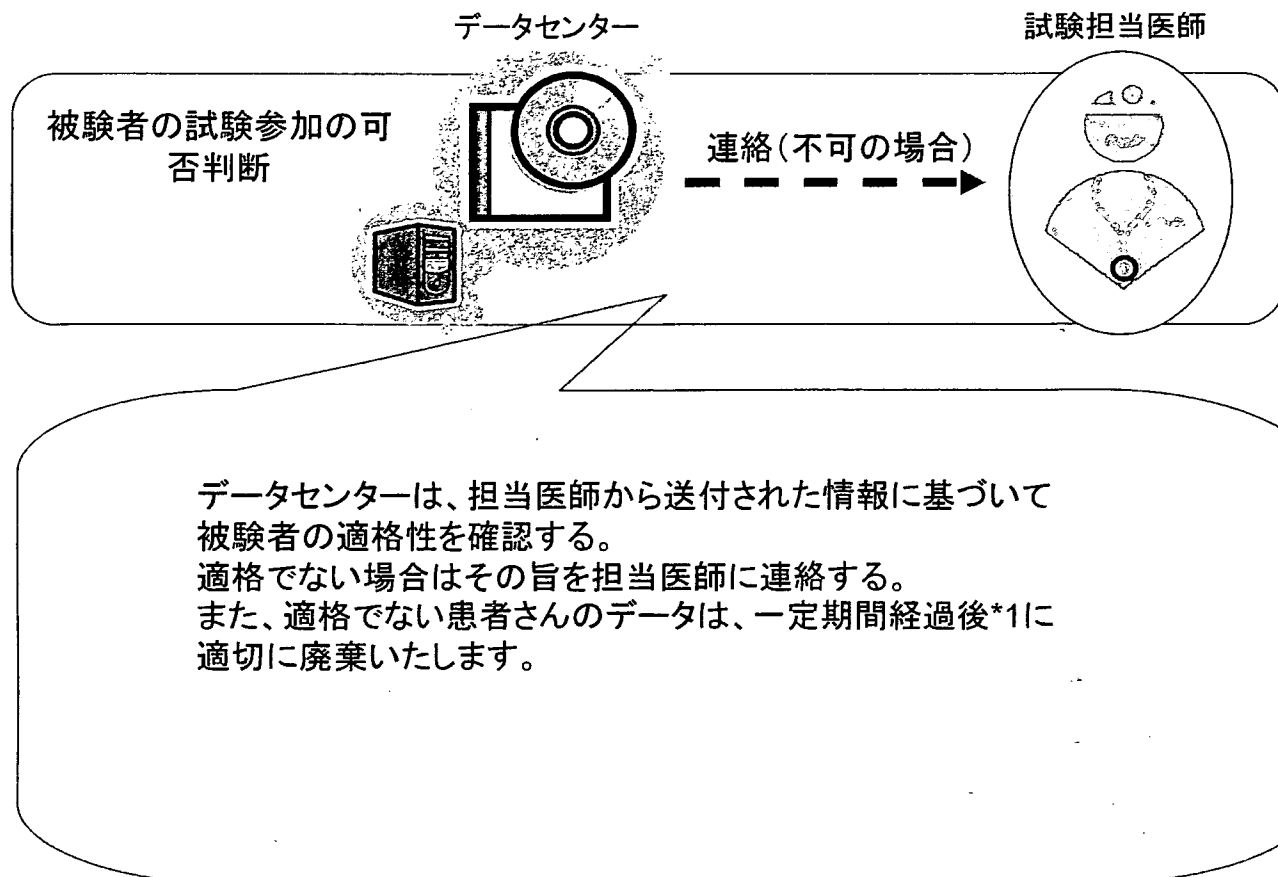
3ページ目



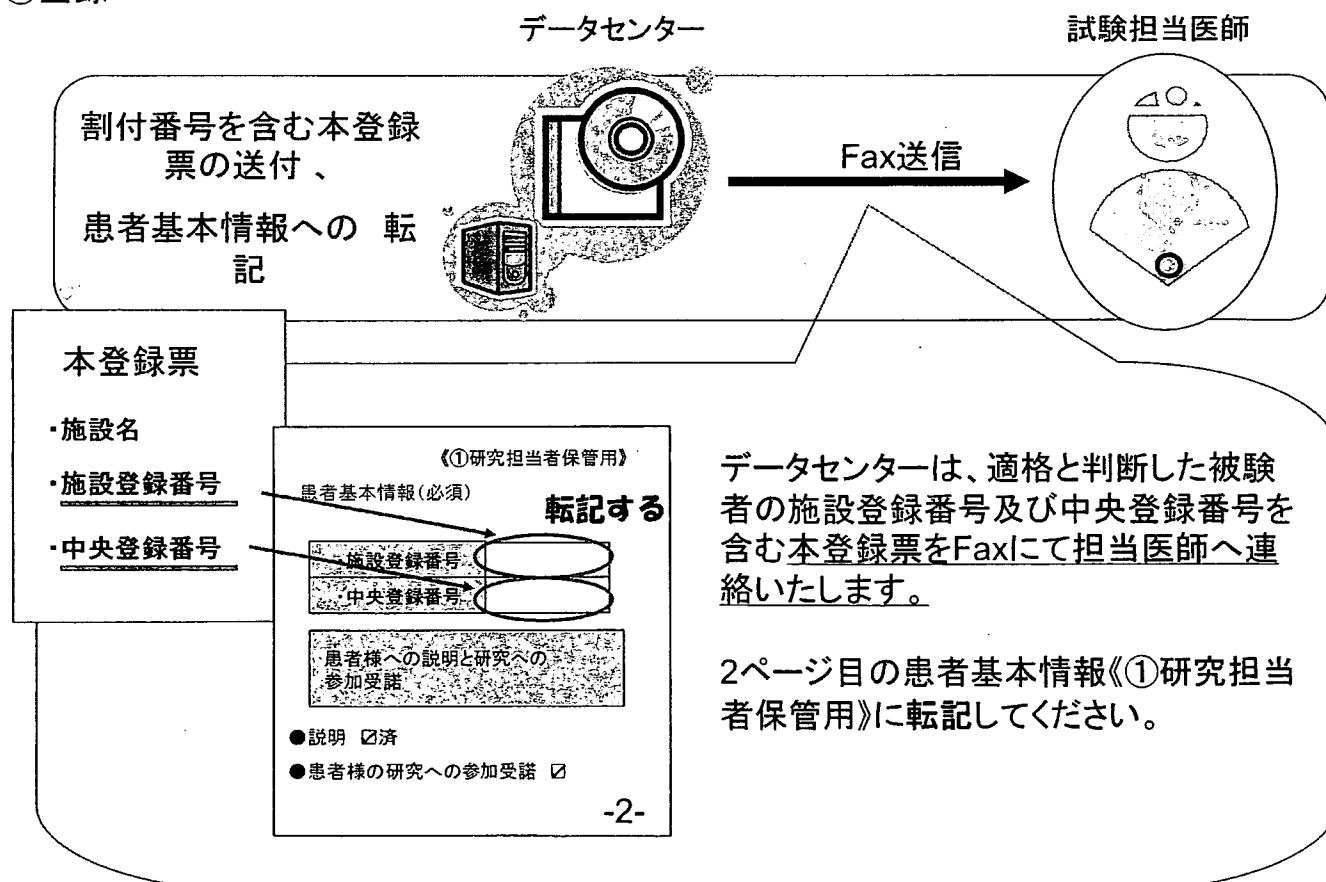
- ・症例報告書にある「データセンター送付用のページ」を切り取り、水色の封筒に入れてデータセンターへご送付ください。

仮登録と本登録では、一枚の封筒に複数症例分をまとめて送ることが可能です。

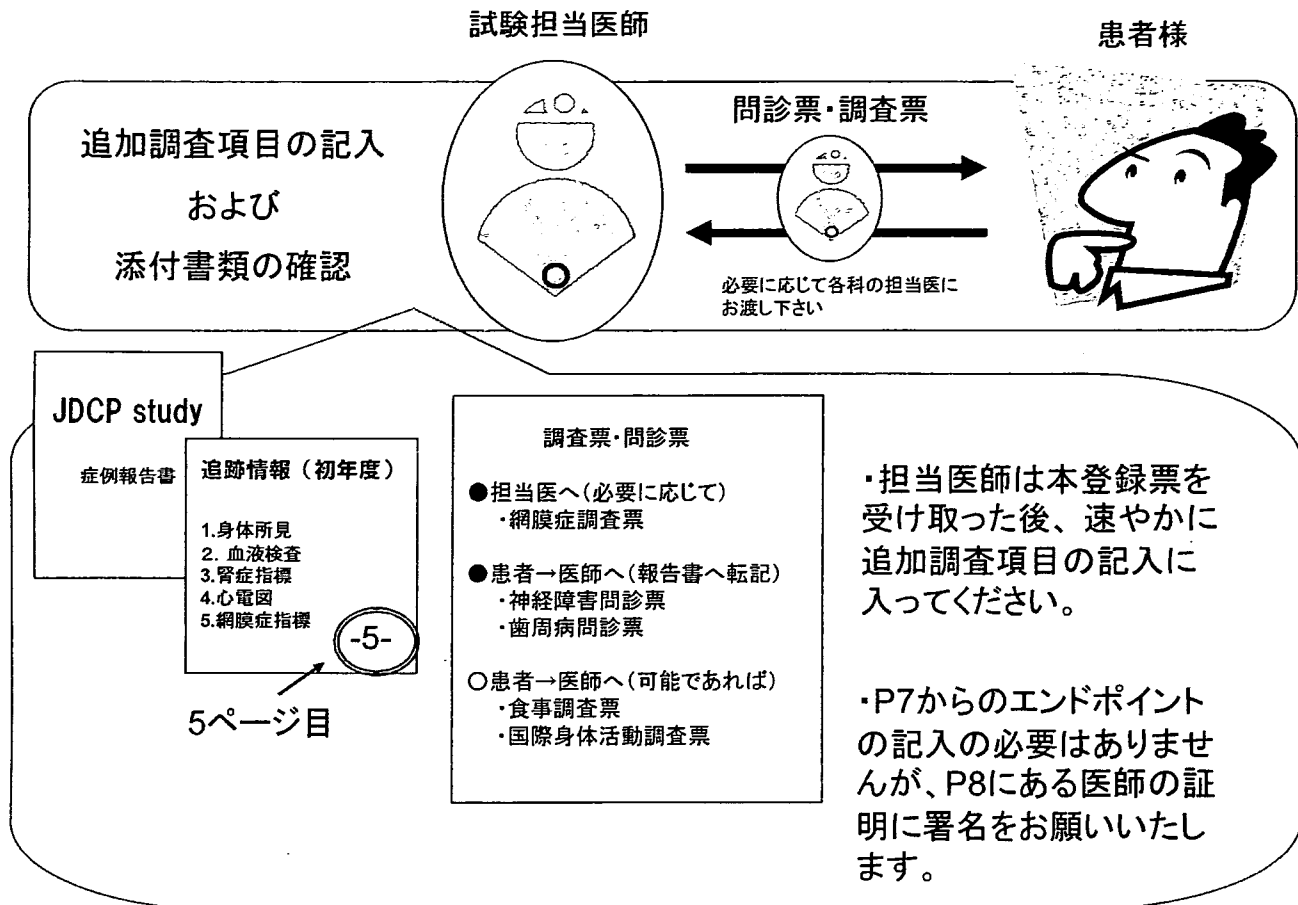
⑦仮登録-その3



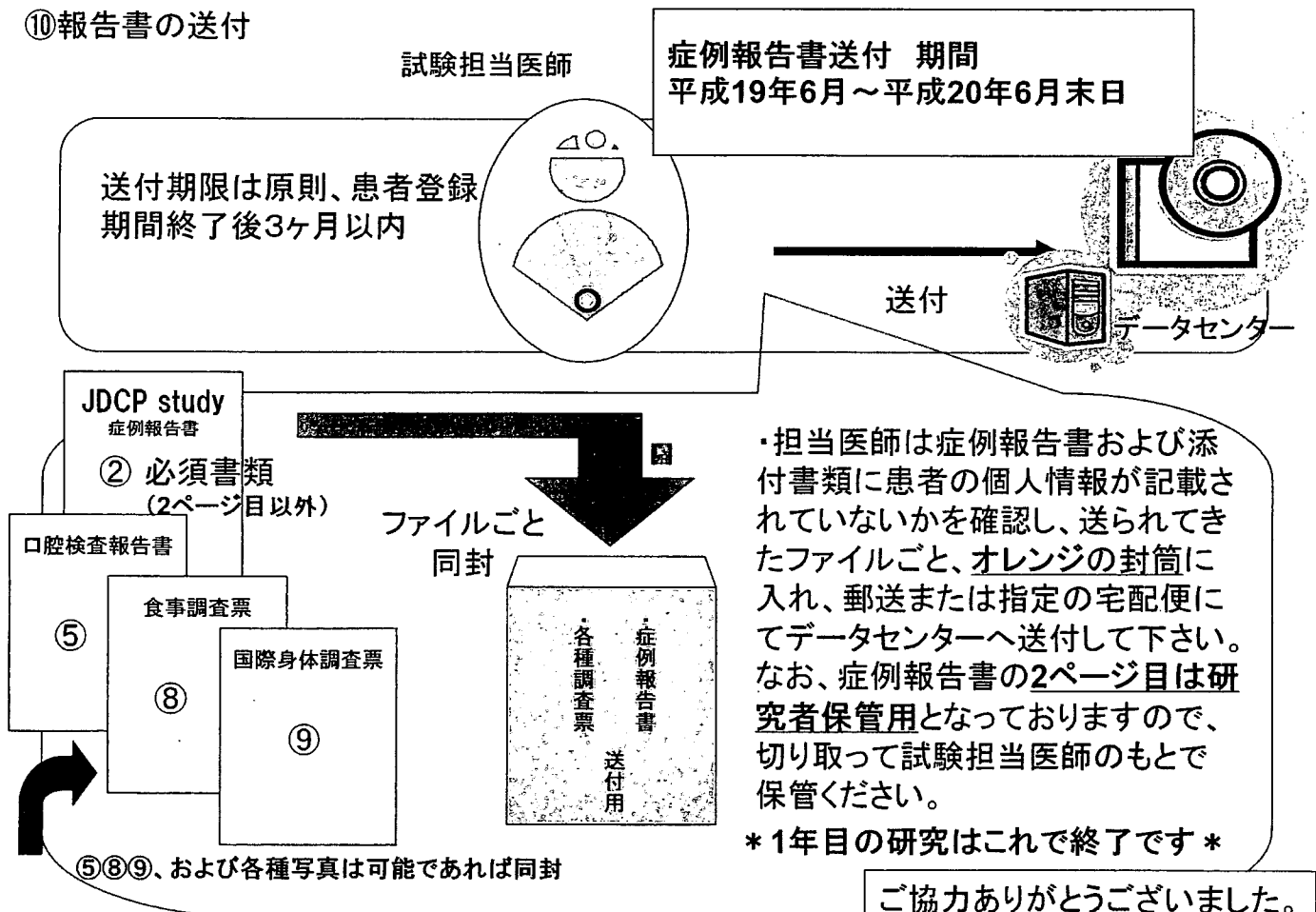
⑧登録



⑨追加調査項目の記入



⑩報告書の送付



資 料 2

JDCP study

症例報告書関係書類

患者のみなさまへ

『糖尿病における合併症の実態把握とその治療に関するデータベース構築による大規模前向き研究』についてのご説明

(説明文書 および 同意書)

「糖尿病における合併症の実態把握とその治療に関するデータベース構築による大規模前向き研究」の参加についての説明文です。

内容についてわからないこと、お聞きになりたいことがありましたら、ご遠慮なくお申し出下さい。

この研究に参加していただける場合は、最後のページの「同意書」に

ご自身でご署名下さい。

作成日 2007 年 5 月 28 日
版番号

1. はじめに

日本では、糖尿病の合併症に関する現状はあまり明らかになっていません。そこで、糖尿病の患者さんのデータを集めて、データベースを作り、糖尿病の合併症の予防や治療に役立てようと考えています。この調査に参加をお願いするにあたって、内容を十分に理解していただき、あなたの同意を得た上でご協力をいただきたいと思います。

2. 調査の目的

この調査は糖尿病の患者さん10,000人に協力いただいてデータベースをつくり、糖尿病合併症の治療状況の実態を分析して、今後の糖尿病治療に役立てることを目的としています。この調査は、日本糖尿病学会、日本腎臓学会、日本糖尿病眼学会、日本歯周病学会の4学会が中心となって行っています。

3. 調査方法について

(1) 調査の対象となる患者さん

この調査では、以下の基準を満たす患者さんを対象としています。

- 1) 1型および2型糖尿病の方
- 2) 40歳～74歳

以下の項目に当てはまる患者さんは、この調査に参加していただけません。

- 1) 糖尿病外来に定期的に受診ができない方
- 2) 糖尿病網膜症が進んでいる（増殖網膜症）方
- 3) 透析を行っている方
- 4) 5年間以内に悪性腫瘍と診断された方

(2) 調査の項目と調査スケジュール

調査への参加に同意いただいた場合には、調査をはじめるまでの病歴やその時の治療の状況をあなたの基本情報として登録します。そして、調査の開始から毎年1回、5年間にわたって、次の検査の結果を登録していきます。

- 身体検査：体重、ウエスト周囲径、血圧を測定します。
- 血液検査、尿検査：血糖、ヘモグロビンA1c、血清コレステロールなど糖尿病や他の生活習慣病にかかわる項目や腎機能にかかわる項目を検査します。
- 心電図検査：心筋梗塞など心臓の異常がないかを検査します。
- 眼科検査：眼底写真など網膜症の検査を行います。

○神経障害の検査：アキレス腱反射などの検査を行います。

○問診票による調査：食事、運動、神経障害、歯周病などについて問診票でおききします。

検査データは、あなたのデータであることが分からないように処理（匿名化^{とくめいか}）されたあと、データセンター（株式会社シーポック）に送られデータベースに登録されます。

4. 調査への参加予定期間

調査予定期間は、調査開始から5年間です。

5. この調査への参加予定人数

日本全国で約10,000人の患者さんに参加していただく予定です。

6. 予想される治療上の不利益や治療費の負担について

この調査のために新たな投薬を受けることはありませんし、試験薬を飲んでいただくこともありません。ですから、この調査に参加してあなたが治療上の不利益をこうむることはありません。また、収集するデータは、通常の糖尿病診療で必要な検査項目ですので、あなたが普段の診療で支払っている費用よりも負担が増えることはありません。

7. あなたに守っていただきたいこと

もしあなたがこの調査に参加していただけるのであれば、次のことを守ってください。

- 1) この調査で行う検査については、担当医師の指示に従ってください。
調査期間中に引越しをされる場合は、担当医師に必ず連絡して下さい。
- 2) 5年間の調査期間中に、あらたに別の病気が見つかった場合は、担当医師に連絡し指示を受けてください。

8. 調査への参加は、あなたの自由意思によるものです

この調査に参加するかどうかはあなたの自由意思で決めていただきます。たとえ、この調査に参加されない場合でも、治療上何ら支障はなく、従来の診療が継続されます。

また、この調査に参加することに同意した後や、調査が開始されてからでも、いつでも参加を取り消すことができます。その場合にあなたが不利な扱

いを受けたり、不利益をこうむることはありません。ただし、参加を取り消されるまでに実施した検査の結果については、調査成績の一部として使用させていただきます。

9. 調査への参加を中止していただく場合があります

調査期間中にあなたの健康状態が悪くなったり、医師が中止した方がよいと判断した場合は、この調査を中止します。

また、この調査の参加に同意した後に、あなたが調査の参加条件にあてはまっていない（あるいは参加してはいけない条件にあてはまる）ことが分かった場合も、調査を中止します。

10. あなたの個人情報の保護について

この調査が手続き通り正しく行われたか、または、データベースに登録されたデータが正しいかを確認するために、この調査の関係者（データーセンターの担当者、事務局および倫理審査委員会など）があなたのカルテなどを確認することがあります。しかし、あなた個人に関する情報（住所、名前、電話番号、教育、職業、病状など）が第三者に漏れることは一切ありません。

1 1. 調査結果の公表について

この調査で得られた成績（調査に参加する前の病歴、治療法、検査結果などの情報の一部や、調査終了後の治療に関する情報の一部も含まれます）が、専門の学会や学術雑誌で公表される予定です。しかし、あなた個人に関する情報（住所、名前、電話番号、教育、職業、病状など）が公開されることは一切ありません。あなたのプライバシーは厳格に守られますのでご安心下さい。

12. 担当医師の氏名、職名、連絡先

この調査について何かわからないことや、心配なことがありましたら、遠慮なく担当医師にご相談下さい。

担当医師（責任者）： 科 職名
連絡先：

同意書

富山大学 副学長・病院長

小林 正 殿

説明を受け理解した項目

1. 研究の目的
2. 研究の方法
3. 研究への参加者（被験者）にもたらされる利益及び不利益
4. 研究への参加は自由意思であること
5. 研究への参加に同意しない場合でも不利益を受けないこと
6. 研究への参加に同意した後でも随時これを撤回できること
7. 個人情報の保護に関すること
8. 研究成果の公表に関すること
9. 費用負担に関すること
10. その他（ ）

年 月 日

本人 署名又は記名・捺印

年 月 日

説明者 署名又は記名・捺印

JDCP study

Japan Diabetes Complication and its Prevention Prospective study

糖尿病における合併症の実態把握とその治療に関する
データベース構築による大規模前向き研究

症 例 報 告 書

日本糖尿病学会 日本腎臓学会 日本糖尿病眼学会 日本歯周病学会

■研究リーダー 小林 正（富山大学附属病院 病院長）

■事務局 国立大学法人 富山大学 第一内科
事務局長／山崎勝也 事務担当／松岡靖子
〒930-0194 富山県富山市杉谷2630
TEL 076-434-7248
E-mail／matsuoka@med.u-toyama.ac.jp

データ記入に関する
お問い合わせ先

データセンター

株式会社シーポック 窓口担当 高山大記
〒113-0033 東京都文京区本郷三丁目43番16号 | TEL 03-5840-9291
E-mail otoiawase@cpoc.co.jp

研究目的

1万例糖尿病患者、5年間のhistorically prospective studyの目的は「日本に於ける糖尿病患者の合併症発症の実態を調査し、種々の糖尿病管理・治療が合併症の発症を如何に抑制するかを、明らかにするために、拠って糖尿病治療のあり方の根拠となるデータを得、3年目で中間結果を解析し、5年でデータを取りまとめ、糖尿病治療のガイドラインへの提言とすること」である。必要性及び期待される成果については下記のとおりである。

1. 現在の糖尿病患者の合併症の実態を明らかにし、現在の日本における医療による合併症の抑制の程度を明らかにし、糖尿病患者の標準的な病態・経過・予後の基礎的なデータを供給する。
2. 種々の治療や管理による合併症に対する効果を分析し、糖尿病の合併症の一次及び二次予防に対して、どのような治療が最も効果的であるかを明らかにすることにより、糖尿病治療の標準的治療となるガイドライン作成の基礎となるデータを提示する。
3. 各種治療の費用対効果から見た分析から、最も効果的で患者の予後や生活の質の向上に寄与する診療のあり方を明らかにし、糖尿病の管理における医療経済的観点から見た効果的治療に対する基礎データとする。

患者登録からデータ送付までの流れ

担当医師は症例登録前に同意文書に署名を取得していただきますが、本試験の内容を文書および口頭で十分説明した上で、**患者自筆の日付および署名**を取得して下さい。署名および日付を取得した同意文書は、担当医師のもとに保管し情報が漏洩することが絶対にないように、厳重な管理を行ってください。

- 1) 担当医師は、候補となる患者が選択基準に適合し、除外基準に抵触しないことを確認した後、本人から試験参加に対する同意を文書で取得してください。
- 2) 仮登録（被験者登録の申請）
担当医師は、被験者の適確性を記録した基本情報①《研究担当者保管用》に患者様への説明と研究への参加受諾が済んでいることを確認できるように印をつけてください。次のページにある②《データセンター送付用》を切り取り、所定の封筒に入れて封印してからデータセンターに送付してください。データセンターは、担当医師から送付された情報に基づいて被験者の適格性を確認し、適確でない場合はその旨を担当医師に連絡いたします。
- 3) 登録
データセンターは、適格と判断した被験者の施設登録番号および中央登録番号を含む本登録票をFAXにて担当医師へご連絡いたします。
- 4) 追加調査項目の記入（追跡情報）
担当医師は本登録票（FAX）を受け取った後、速やかに施設登録番号および中央登録番号を患者基本情報へ転記して、引き続き追加情報（追跡情報）を記入して下さい。
- 5) データの送付
期限は原則登録終了後から3ヶ月以内とします。
追跡情報の記入を終えたら所定の封筒に入れてデータセンターへ送付してください。

選択基準 以下の基準をすべて満たした患者を、本研究に登録して下さい。

- 1) 1型および2型糖尿病患者
- 2) 年齢40歳以上75歳未満

除外基準 以下の基準のいずれかに該当する患者は、本研究から除外して下さい。

- 1) 糖尿病外来へ定期的受診不可能な患者
- 2) 糖尿病増殖網膜症に進展している患者
- 3) 透析療法施行中の患者（腎症5期）
- 4) 最近5年間で悪性腫瘍と診断された患者
- 5) その他、試験担当医師が対象として不適当と判断した患者

基本情報 データを採取した日を記入してください。

基本情報は複写になっています。《①研究担当者保管用》用紙は研究担当者のもとに保管して下さい。
情報が漏洩することが絶対にないように、厳重な管理を行ってください。

記入時の注意

- 各項目にご記入または該当するところに印をつけてください。
- 追跡情報調査票は必ず、**黒の**ボールペンをうい適度な筆圧で記入して下さい。
- 英語は**大文字**で、**はっきりと**記入して下さい。
- 修正について
修正を行う場合は、一重取り消し線で誤記部分を消し、正しいデータを近くに記入して下さい。修正液を使用しないで下さい。
- 施設登録番号および中央登録番号および患者IDについて
患者IDは各施設の患者ID番号をご記入ください。
施設登録番号および中央登録番号については申し込みいただいたあとにFAXにて通知いたします。
FAXにて通知いたしました施設登録番号および中央登録番号は患者基本情報（必須）へご記入いただきますようお願い申し上げます。

患者基本情報（必須）

《①研究担当者保管用》

の部分には必須項目です。記入もれのないようご注意ください。

の部分には必須ではなく可能であれば、記入（あるいはデータの添付）をしてください。

施設名	施設FAX番号 () -		
施設登録番号	中央登録番号		
フリガナ	生年	昭和	性 ☐ 男 ☐ 女
患者氏名	月	年	別
患者ID	データ採取日	20	日
糖尿病推定発症年月日	西暦	年	日頃糖尿病発症
既往歴	☐ 1. 高血圧 ☐ 2. 高脂血症 ☐ 3. 心筋梗塞 ☐ 4. 脳血管障害 ☐ 5. その他 ()		
糖尿病家族歴	☐ 1. あり [二親等まで (父母・子・祖父母・孫・同胞)] ☐ 2. なし		
飲酒	☐ 1. なし ☐ 2. あり (種類 / ml/日)		
喫煙	☐ 1. なし ☐ 2. あり (本/日 歳 ~ 歳)		
身長	cm	糖尿病病型	☐ 1型
既往最大体重	kg		☐ 2型
既往最大体重時年齢	歳		根拠: ☐ 抗GAD抗体 (+) ☐ 発症様式
患者様への説明と研究への参加受諾	●説明 ☐ 済 ☐ 未施行 ●患者様の研究への参加受諾 ☐ 受諾済 ☐ 未施行		

《①研究担当者保管用》用紙

患者基本情報の様式は3枚複写となっております。黒のボールペンでしっかりと記入してください。

仮登録が終わりFAXで通知のあった施設登録番号および中央登録番号を転記をしてください。

転記が完了しましたら、切り取った後、研究担当者のもとで保管してください。この《①研究担当者保管用》用紙はデータセンターへの送付は必要ありません。

●ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

株式会社シーポック

〒113-0033 東京都文京区本郷三丁目43番16号

TEL 03-5840-9291 E-mail otoiwase@cpoc.co.jp

患者基本情報（必須）

《② データセンター送付用》

施設名	施設FAX番号 () -		
施設登録番号	中央登録番号		
	生年 月	昭和 年 月	性別 ☐ 男 ☐ 女
	データ採取日 20 年 月 日		
糖尿病推定発症年月日	西暦 年 月 日	日頃糖尿病発症	
既往歴	☐ 1. 高血圧 ☐ 2. 高脂血症 ☐ 3. 心筋梗塞 ☐ 4. 脳血管障害 ☐ 5. その他 ()		
糖尿病家族歴	☐ 1. あり【二親等まで（父母・子・祖父母・孫・同胞）】 ☐ 2. なし		
飲酒	☐ 1. なし ☐ 2. あり（種類 / ml/日）		
喫煙	☐ 1. なし ☐ 2. あり（本/日 歳 ~ 歳）		
身長	cm	糖尿病病型	☐ 1型 ☐ 2型 根拠： ☐ 抗GAD抗体（+） ☐ 発症様式
既往最大体重	kg		
既往最大体重時年齢	歳		

患者様への説明と研究への参加受諾	●説明	☐ 済	☐ 未施行
	●患者様の研究への参加受諾	☐ 受諾済	☐ 未施行

仮登録

施設番号および中央登録番号をお知らせいたしますので、患者様への説明と研究への参加受諾が済んでいることをご確認の上、《②データセンター送付用》患者基本情報を切り取り、所定の封筒に入れて封印してからデータセンター（株式会社シーボック）へ送付してください。登録が完了しましたらFAXにて施設番号および中央登録番号を担当医師あてお知らせいたします。平成19年4月から平成19年9月までに仮登録を済ませてください。

●ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

株式会社シーボック

〒113-0033 東京都文京区本郷三丁目43番16号

TEL 03-5840-9291 E-mail otoiawase@cpoc.co.jp

患者基本情報（必須）

《③ 症例報告送付用》

施設名	施設FAX番号 () -		
施設登録番号	中央登録番号		
	生年 月	昭和 年 月	性別 ☐ 男 ☐ 女
	データ採取日 20 年 月 日		
糖尿病推定発症年月日	西暦 年 月 日	日頃糖尿病発症	
既往歴	☐ 1. 高血圧 ☐ 2. 高脂血症 ☐ 3. 心筋梗塞 ☐ 4. 脳血管障害 ☐ 5. その他 ()		
糖尿病家族歴	☐ 1. あり [二親等まで (父母・子・祖父母・孫・同胞)] ☐ 2. なし		
飲酒	☐ 1. なし ☐ 2. あり (種類 / ml/日)		
喫煙	☐ 1. なし ☐ 2. あり (本/日 歳 ~ 歳)		
身長	cm	糖尿病病型	☐ 1型
既往最大体重	kg		☐ 2型
既往最大体重時年齢	歳		根拠: ☐ 抗GAD抗体 (+) ☐ 発症様式
患者様への説明と研究への参加受諾		●説明	☐ 済 ☐ 未施行
		●患者様の研究への参加受諾	☐ 受諾済 ☐ 未施行

症例報告送付用

この用紙は切り取らないでください。

データセンターから通知があった施設番号および中央登録番号の転記が終わりましたら、この用紙をつけたまま、引き続き、追加調査項目（次ページ）の記入に入ってください。

●ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

株式会社シーポック

〒113-0033 東京都文京区本郷三丁目43番16号

TEL 03-5840-9291 E-mail otoiawase@cpoc.co.jp

追跡情報(初年度)

■登録終了後から原則として3ヶ月以内に記入し、送付してください。

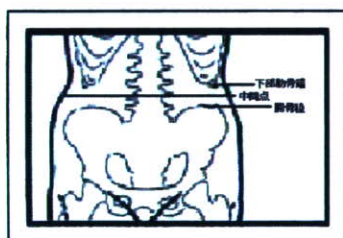
■データを採取した日を記録してください。

1.身体所見

②ウエスト周囲径

ウエスト周囲径測定の手引き

- 症例を立たせ、腕を両側に下げる、または腕を交差させ手を肩の上に乗せる。
- 自然な呼気の終期に測定する。
- 症例が腹筋を引き締めていることが疑われる場合、測定者は症例と会話し注意をそらしてもよい。
- 測定位置は下記を参照のこと。ウエストは下部肋骨端と腸骨稜の中間点で、センチメートル(cm)単位で測定する。最下肋骨と腸骨稜の中間点を定める。メトリックテープを水平にしっかり保持し、ウエストを1周させる。



3.腎症指標

④3期・4期のみ記入(随時尿)尿タンパク/クレアチニン比はg/gCrで出してください。

尿タンパク(mg/dl) / 尿クレアチニン(mg/dl) = 尿タンパク/クレアチニン比(g/gCr)になります。

5.網膜症指標

・別添「眼科医記入用」を眼科医に記入していただいた上で、確認しながら転記してください。

①眼底写真

可能であれば、眼底写真はポラロイドあるいはデジタル画像、両眼正面1枚ずつ添付してください。(さらに出来れば1眼4方向の撮影をお願いします。中央で判定を行って画像のクオリティのチェックとともに、国際分類に準じたグレーディングをし、海外にも通用する病期分類で判定します。)

追跡情報（初年度）

の部分は必須項目です。記入もれのないようご注意ください。

の部分は必須ではなく可能であれば、記入（あるいはデータの添付）をしてください。

データ採取日 20 年 月 日

必須項目

1. 身体所見

①体 重	kg
②ウエスト周囲径	cm
③血 圧	/ mmHg

2. 血液検査

①血 糖	mg/dl（食後 時間）
②空腹時血糖	mg/dl
③空腹時IRI （インスリン注射の無い場合）	μU/ml
④HbA1c	%
⑤血清クレアチニン	mg/dl
⑥血清シタチンC	ng/ml
⑦血清アルブミン	g/dl
⑧LDL-コレステロール	mg/dl
⑨HDL-コレステロール	mg/dl
⑩総コレステロール	mg/dl
⑪空腹時トリグリセリド	mg/dl
⑫高感度CRP	mg/dl

3. 腎症指標

①尿蛋白(定性)	☐ (-) ☐ (±) ☐ (+) ☐ (++) ☐ (+++)
1期・2期のみ記入 ②（随時尿）1回目測定 尿アルブミン/クレアチニン比	mg/gCr
1期・2期のみ記入 ③（随時尿）2回目測定 尿アルブミン/クレアチニン比	mg/gCr
3期・4期のみ記入 ④（随時尿） 尿タンパク/クレアチニン比	g/gCr

4. 心電図

- ☐ 正常範囲内
☐ ST-Tの異常
☐ 異常Q
☐ 心房細動
☐ その他異常心電図
()

5. 網膜症指標

①眼底写真 (可能であれば 両眼1眼ずつ、あるいは1眼4方向の眼底写真) ☐ あり(別添) ☐ なし

②眼科医所見 実施年月日 20 年 月 日

視力・前眼部所見		右眼		左眼	
眼底所見	矯正視力	X	D	X	D
	虹彩ルベオシス	☐ あり ☐ なし		☐ あり ☐ なし	
	白内障(視力に影響する程度)	☐ あり ☐ なし ☐ 手術済		☐ あり ☐ なし ☐ 手術済	
	単純網膜症	毛細血管瘤・出血	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
		硬性白斑	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
	増殖前網膜症	軟性白斑	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
		網膜内細小血管異常	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
		静脈異常(数珠状拡張)	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
	増殖網膜症	新生血管	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
		増殖膜	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
		網膜前・硝子体出血	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
		網膜剥離	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
	黄斑病変	☐ あり ☐ なし		☐ あり ☐ なし	
眼科的処置	網膜光凝固	☐ 局所 ☐ 汎網膜 ☐ 黄斑		☐ 局所 ☐ 汎網膜 ☐ 黄斑	
	硝子体手術	☐ 黄斑 ☐ その他		☐ 黄斑 ☐ その他	
	その他の内眼手術	術式		術式	

追跡情報（初年度）

の部分は必須項目です。記入もれのないようご注意ください。

の部分は必須ではなく可能であれば、記入（あるいはデータの添付）をしてください。

データ採取日 20 年 月 日

6. 神経障害指標

①神経障害問診票	1. 両足指または両足底部のしびれがありますか？	☐ あり ☐ なし
	2. 歩くときに両足底部に何か薄皮が張り付いているような感じがしますか？	☐ あり ☐ なし
	3. 両足指または両足底部にチクチク、焼け付く又は突き刺すような痛みがありますか？	☐ あり ☐ なし
	4. 両足指や両足底部の感覚が鈍いですか？	☐ あり ☐ なし
	5. 触ったり何かが触れると両足の感覚が過敏であったり痛みや不快な感覚がありますか？	☐ あり ☐ なし
②アキレス腱反射	右： ☐ 正常 ☐ 減弱 ☐ 消失 左： ☐ 正常 ☐ 減弱 ☐ 消失	
③振動覚（C128）	右：（秒数を記入） 秒 左：（秒数を記入） 秒	
④痛覚検査	（爪楊枝または竹串使用） 右： ☐ 正常 ☐ 足趾のみ痛覚低下 ☐ 足首まで低下 ☐ 下肢中央まで低下 左： ☐ 正常 ☐ 足趾のみ痛覚低下 ☐ 足首まで低下 ☐ 下肢中央まで低下	
⑤CV _{R-R}	%	

7. 歯周病

①歯周病問診票	1. この1年間に歯を抜かれましたか？（自然に歯が抜けたものを含める） ☐ 抜いていない ☐ 抜いた[本]
	2. 現在、ご自分の歯は何本ありますか？（箸などを使って数えるか、歯科治療の方は歯科医にお尋ねください。取り外しのできる入れ歯は含みませんが、ご自分の歯であれば、治療中あるいは治療後（金属冠など）の歯も含めて数えてください。） [本]
	3. 歯ぐきが腫れることがありますか？ ☐ あり ☐ なし
	4. 一日に何回くらい歯みがきをされますか？ ☐ 毎日はいらない ☐ 1日1回 ☐ 1日2回 ☐ 1日3回 ☐ 1日4回以上
	5. 歯間部清掃用具（糸ようじ、歯間ブラシなど）をどのくらいの頻度で使用しておられますか？ ☐ ほとんど使用しない ☐ 月に1～3回 ☐ 週に1～2回 ☐ 週に3～4回 ☐ 週に5回以上（ほとんど毎日）
	6. 歯科の定期的な健診やお手入れは、どの程度の間隔でされていますか？ ☐ ほとんどしない ☐ 年に1～2回 ☐ 年に3～5回 ☐ 年に5回以上
②歯科医所見	（別添）口腔検査報告書およびオルソパントモ写真撮影 実施年月日 20 年 月 日

8. 糖尿病治療情報

①食事療法	管理栄養士などによる指導 ☐ なし ☐ あり [遵守状況 / ☐ 優 ☐ 良 ☐ 可 ☐ 不可] 食事調査票（別紙）BDHQ
②運動療法	運動指導 ☐ なし ☐ あり [遵守状況 / ☐ 優 ☐ 良 ☐ 可 ☐ 不可] 国際身体活動調査票（別紙）IPAQ
③経口血糖降下薬	☐ SU薬 ☐ グリニド薬 ☐ α -GI ☐ ビグアナイド薬 ☐ チアソリジン薬 ●服薬コンプライアンス [☐ 10割服薬 ☐ 8割 ☐ 5割以下]
④インスリン療法	☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 4回 ☐ 5回以上 ☐ CSII 合計単位 単位/日
⑤SMBG	☐ （+） ☐ （-）
⑥降圧薬	☐ ACEI ☐ ARB ☐ CCB ☐ 利尿薬 ☐ α -blocker ☐ β -blocker ☐ その他（ ）
⑦抗高脂血症薬	☐ スタチン系 ☐ フィブラート系 ☐ その他（ ）
⑧抗血小板薬	☐ アスピリン ☐ シロスタゾール（プレタール®） ☐ 塩酸チクロピジン（パナルジン®） ☐ 硫酸クロピドグレル（プラビックス®） ☐ その他（ ）
⑨ARI	☐ （+） ☐ （-）
⑩その他の薬剤	炭素（クレメジン®）・ジビラダモール（ベルサンチン®）・EPA（エパデル®） ☐ （+）（薬剤名） ☐ （-）