

「自験例の記録」各項目の記載内容について

全般的な注意事項	
症例の選択	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 認定期間中に行った療養指導の症例について記載してください。 ◆ 「糖尿病療養指導業務に従事した証明書（様式：更新2、以下「証明書」）」のない施設の症例の記録は提出できません。また、「証明書」に記載された療養指導業務従事期間（1、①～③）外の症例の記録は作成できません。 ◆ 同一施設で同一職種の方が同じ症例の記録をそれぞれの自験例として提出することはできません（他職種の場合は可）。 ◆ 指導期間が異なる場合でも1人の患者を複数の症例とすることはできません。
「療養指導を行った施設名称・診療録番号対照表」の作成	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 症例番号（1～10）と療養指導を行った施設および施設の診療録番号が照合できるよう、「療養指導を行った施設名称・診療録番号対照表」（14ページ）を作成してください。提出は不要です。ただし、審査の過程で「自験例の記録」記載内容について照会する場合がありますので、必ず作成し、保管してください。
「糖尿病療養指導自験例の記録に関わる医師の証明」の作成	<p>【薬剤師が薬機法に基づく薬局で指導を行った症例について】</p> <p>処方せんを発行した医師の「施設名」「医師氏名・印」の記入・押印が必要です。医師からのコメントがあればその内容を「医師からの指導依頼」に記載してください。用紙はCDEJマイページTOPからダウンロードしてください。</p>
用語	日本糖尿病学会編「糖尿病学用語集（オンライン版）」にできるだけ準拠してください。
個人情報	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 本記録は、特定の患者個人の識別を求めるものではなく、施設名および診療録No.を記載しない等匿名化を図っているため、個人情報保護法の対象とはなりませんが、患者個人の特定につながる可能性のあることは記載しないようにしてください。 ◆ 本機構は本記録を厳重に管理し、使用目的を達成した後、速やかに廃棄いたします。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 指導した施設の業態によって全項目を記載できない場合も、可能な範囲で患者の状態と療養指導の内容が読み取れるように書いてください。 ◆ 公平性の観点から内容や記載方法に関する個別のご質問には応じられません。Web自験例および操作ガイド、また次項以降をよく読み、指示に従ってください。 ◆ 本記録は審査の対象となり、審査の結果「不可」となることがあります。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 第1期申請で提出し「不可」となった場合、第2期申請で再提出できます。 ※ 第2期で提出し、「不可」となった場合、再提出はできません（更新不可で失効となります）。 ◆ 毎年1月発行のCDEJ News Letterに前年度の審査の「講評」を掲載しています。参考にしてください。

1. 症例の識別

年齢	あなたが療養指導を行ったときの患者の年齢を記載してください。 ※ 長期間指導した場合は、療養指導開始時の年齢を記載してください。
指導期間	あなたが療養指導を行った期間（開始・終了）の年月日を記載してください。 ※ 指導継続中の場合は、開始年月日を記載し、「現在に至る」を選択してください。 ※ 1回だけの個人指導の場合は開始日と終了日に同じ日付を入力してください。
指導を行った施設 （施設番号）	あなたが療養指導を行った施設について、「糖尿病療養指導に従事した証明書（様式2もしくは様式2-2、以下証明書）」の施設番号（8ページ参照）を選択してください。 ※ 個人情報保護の観点から、施設名称は記載せず番号のみの記載とします。
施設の種類の	上記の施設の業態について、該当するものを選択してください。
指導の場所	入院（所）／外来（通所）／在宅の別を選択してください。指導した期間が入院（所）と外来（通所）または在宅にわたる場合は該当するものすべてを選択してください。

2. 療養指導開始時の状態および身体所見

あなたが療養指導を始めたときの患者の状態について記載してください。
検査値で測定していないものについては空欄でかまいません。

病型	旧病型で分類されている症例は1型・2型の新分類に当てはめてください。
罹病期間	推定罹病期間がわからない場合は、初めて糖尿病の診断を受けたときからの期間を記載してください。 ※ 診断と同時に療養指導を始めた場合は、00年00月としてください。
血圧	収縮期血圧－拡張期血圧の順に記載してください。
HbA1c・GA	HbA1cまたはグリコアルブミン（GA）値を選択し、数値を記載してください。
合併症	腎症の有無と程度については、その病期分類に当てはめてください。糖尿病罹病期間が短く、明らかな腎障害を認めない場合は第1期＜腎症前期＞としてください。

3. 療養指導開始時の医師の指示

あなたが療養指導を始めたときの医師の指示について記載してください。

<p>栄養食事療法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 指示「あり」「なし」「不明」のいずれかを選択してください。 ◆ 「あり」の場合はエネルギー、食塩、タンパク質について「あり」「なし」「不明」のいずれかを選択してください。 ※ 具体的な指示があれば「あり」を選択し、その内容を記載してください。制限する必要がないという指示が出ている場合は「なし」を、指示内容が不明の場合は「不明」を選択してください。
<p>運動療法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 指示「あり」「なし」「不明」のいずれかを選択してください。 ◆ 「あり」の場合はその内容を、「なし」の場合はその理由を簡単に記載してください。指示内容が不明の場合は「不明」を選択してください。
<p>薬物療法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 「あり」「なし」「不明」のいずれかを選択し、「あり」の場合はその内容を記載してください。 ◆ 経口血糖降下薬の薬剤名は一般名が望ましいですが、商品名でもかまいません（ジェネリック医薬品 [後発医薬品] を使用している場合は先発商品名を記載）。 ※ 配合錠の場合は以下のように記載してください。 A剤 10mg と B剤 20mg の配合錠（商品名：C配合錠）を1日3回各1錠の場合、1日の用量はA剤/B剤が10/20mgの3回分により、C配合錠は$3 \times (10/20\text{mg}) \Rightarrow 30/60\text{mg/日}$ ◆ インスリンは商品名ないしは作用発現時間・持続時間の分類（超速効型など）を記し、1日の合計投与量を記載してください。 ◆ インスリンポンプ（CSII）の場合は、薬剤名の最後に「CSII」と付記し「朝・昼・夕・就寝前」のすべてを選択し、1日の合計投与量を記載してください。 ◆ スライディングスケールの場合は、最低量（あるいは基準量・平均量）を記し、具体的な投与方法等については備考欄もしくは「4. 本症例に行った療養指導」に記載してください。 ◆ GLP-1受容体作動薬については、注射薬（配合注射薬を含む）、経口薬を問わず、GLP-1受容体作動薬欄に記載してください。単位はmg、μg、ドーズから選択できます。 ◆ 使用薬物の種類が多い、または既定の単位で入力できない場合は、備考欄に記載してください。

提出不要

療養指導を行った施設名称・診療録番号対照表

症例番号	施設番号	施設名称	施設の診療録番号
記入例	1	医療法人文京会 CDEJ 総合病院	123abcd
No. 1			
No. 2			
No. 3			
No. 4			
No. 5			
No. 6			
No. 7			
No. 8			
No. 9			
No. 10			

※ 「自験例の記録」記載内容について照会する場合があります。

必ず作成し、保管してください。

※ 更新申請時には提出不要ですが、後日、提出を求められることがあります。