

医院認識番号 _____

現在の年齢

才

男・女

SGLT2阻害薬名

投与量

mg/日

* 経過中のSGLT2阻害薬の

- ・ 中断 (あり・なし)
- ・ 変更 (あり・なし)

投与開始時

201

年

月

		開始時	記入時
身体所見	身長(cm)		
	体重 (kg)		
	早朝家庭血圧 (収縮期/拡張期)	/	/
	診察室血圧 (収縮期/拡張期)	/	/
血液検査	HbA1c (%)		
	Cr (mg/dL)		
尿検査 何れか、もしくは両方	アルブミン尿 (mg/gCr)		
	蛋白尿定量 (g/gCr)		

記入時点までの状況につき、○で囲んでください

生活指導

食事療法遵守

良い・少し良い・少し悪い・悪い

記入時点の該当する併用薬を○で囲んでください

降圧薬	なし
	あり → RAS系阻害薬・Ca拮抗薬・アルドステロンブロッカー・サイアザイド系利尿薬・ループ利尿薬・βブロッカー・他
血糖降下薬	なし
	あり → DPPIV阻害薬・SU薬・メトホルミン・インスリン・GLP-1・ピオグリタゾン・他
スタチン	なし
	あり