**「糖尿病性腎症重症化ハイリスク者」への対応について**

　　年　　月　　日

市町村国民健康保険主管課長　様

市町村衛生主管課長　様

医療機関名

主　治　医

電話番号

下記の患者様について　□専門医療機関に紹介（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　）

□保健指導を依頼します

**（裏面の糖尿病・腎機能障害に関する保健指導依頼書もご記入ください）**

　　　　　　　　　　　　□保健指導を依頼しません

　　　　　　　　　　　　　理由　□すでに実施済み　□患者様の不同意

　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 男・女 | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |

Ver.1　２０１８年３月

**糖尿病・腎機能障害に関する保健指導依頼書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 男・女 | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 糖尿病罹病域間 | 約　　　　　年（昭・平　　　年　発症　・　発見） |
| 診断名 | 2型糖尿病：　□あり　　　□なし糖尿病腎症：　□あり（2期　・　3期　・　4期）　　　　　　□なし |
| ＜その他の合併症等について＞□高血圧　　　□脂質異常症　　　□心血管疾患（　　　　　　　　　　　　）　□喫煙□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生活指導指示内容 | 保健指導の際に留意すべき項目がありましたら、ご記入ください。 |
| 目標値 | □体重　　　　　　（　　　　 　）kg□ＨｂＡ１ｃ　　　（　　　　　　　 ）％□その他特記事項　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 運動 | □運動制限の必要なし（目標運動量　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□運動制限あり（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事 | □1日摂取カロリー　　　　　　（　　　　　　　）kcal□1日塩分摂取量　　　　　　　（　　　　　　　）g□1日タンパク質摂取量　　　　（　　　　　　　）g |
| その他指示内容 |  |
| その他連絡事項 |  |

**保健指導を受けることに関する患者様の同意**

□　同意あり（　署名年月日　　　　　　年　　　月　　　日）

　　　　　　署名

　　　□　同意なし

※この文書は紹介状ではなく連絡文書です。

Ver.1　２０１８年３月