**医療から保健への糖尿病による腎機能障害保健指導依頼書**

　　年　　月　　日

市町村国民健康保険主管課長　殿

市町村衛生主管課長　殿

医療機関名：

主治医：

電話番号：

次の患者様について、保健指導を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 男・女 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 糖尿病罹病期間 | 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□運動制限が必要（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 |  |

〈裏面あり〉

Ver.1　２０１８年３月

下記情報は、分かる範囲でご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 血糖コントロール | 　年　　月　　日実施HbA1c %　　　血糖値（空腹時）　　　　　mg/dl　　　　血糖値（随時）　　　　　　mg/dl |
| 検査結果（※） | 身長　　　cm　　　　体重　　　kg　　　　　BMI　　　　　　　血圧　　 　/　　　 mmHg総コレステロール　　　　mg/dl LDLコレステロール　　 　mg/dlHDLコレステロール　　 　　　mg/dl中性脂肪　　 　　　mg/dl　　　 AST　　　 　IU/l　　　ALT　　 　IU/l血清Cr　　　　 mg/dl　　　 尿中アルブミン　　　　mg/gCr　　　　尿蛋白（　　　）eGFR　　　 m/分/1.73㎡ |
| その他連絡事項 |  |

検査結果（※）はデータコピーの添付でも差し支えありません。

**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