**医療から保健への糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導依頼書**

　　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・令　　　　年　発症　・　発見　） |
| 診断名 | ２型糖尿病：　□あり　　□なし糖尿病性腎症：　□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 | **（１）診療ガイドラインどおり**　　□糖尿病ガイドライン　　　□ＣＫＤガイドライン　　　□その他（　　　　　　　　　　　）**（２）（１）以外の指導内容がある場合**保健指導の際に留意すべき項目がありましたら、下記に御記入ください。 |
| 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〉

上記情報は、分かる範囲で御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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（※）はデータコピーや療養計画書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。