**「糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者」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

**（裏面の糖尿病性腎症重症化予防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　□既に実施済み　□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 |  |

**糖尿病性腎症重症化予防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。