**保健から医療への糖尿病による腎機能障害保健指導報告書**

　年　　　月　　　日

医療機関名

主治医　　　　　　　　　　　　様

御紹介いただきました下記の方の保健指導を実施しましたので報告いたします。

市町村名：

担当者名：

電話番号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 保健指導実施日 | 　　　　　年　　　月　　　日　　（　初回指導　　　・　　　最終指導　） |
| 指導対象 | □本人のみ　　　□本人・家族　　　□家族のみ |
| 指導にあたっての問診情報 | ＜家族背景＞＜就業状況＞　□就業あり（仕事内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　□就業なし（家庭での役割：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）＜1日の生活の流れ＞＜食事＞　　　　・家庭での主な調理担当者（本人・配偶者・その他　　　　　　　　）　　　　・外食・惣菜利用（　　　　回／週）　　　　・偏食　　　□なし　　　　□あり（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　 ・嗜好品　　□　喫煙　　　　本／日　　□　飲酒（内容と量　　　　　　　　　　）　　　 ・間食　　　□なし　　　　　□あり（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　 ・その他＜運動＞　□未実施　　　□実施（具体的な内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）＜その他生活面での課題＞ |

〈裏面あり〉

|  |  |
| --- | --- |
| 指導内容（食事、　運動、　その他） | □摂取カロリー　　（　　　　　　）kcal/日□塩分摂取量　　　（　　　　　　）g/日□タンパク質摂取量　　（　　　　　　）g/日□運動（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 問題点 |  |
| 今後の方針（※） | □終了（本人の希望があれば相談に応じていく）□継続支援予定（　　　　　か月後）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他連絡事項 |  |

※本報告書は、糖尿病保健指導参加者に対する指導内容について、保健指導初回及び最終の保健指導

（初回指導より約６か月後）の指導後に、実施した保健指導の内容について報告するものです。

※今後の方針について、治療の継続及び中止等御指示等がありましたら、御連絡をお願いいたします。