**糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者への保健指導　実施評価シート**

保健指導評価シート－１

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 | （男・女） | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 指導担当者 |  |

１．指導等内容について

（１）受診勧奨有無　：　無　・　有　（手紙・電話・訪問・その他（　　　　　　　　　　））

（２）指導実施方法

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施時期 | 実施内容 | 実施者所属  及び氏名 |
| 初回 | 年　　月　　日（電話・来所・訪問・その他（　　　　　　　　　）） |  |
| 3か月以上の継続的な支援  （個別指導・集団指導等） |  |  |
| 6か月後 | 年　　月　　日（電話・来所・訪問・その他（　　　　　　　　　）） |  |
| 1年後（評価時） | 年　　月　　日（電話・来所・訪問・その他（　　　　　　　　　）） |  |

２．実施評価

保健指導評価シート－２

（１）検査数値

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 時期 | 介入前 | | 6か月後 | | 1年後 | |
| 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 項目 | 現状値 | 介入前からの改善 | 現状値 | 介入前からの改善 | 現状値 | 介入前からの改善 |
| HbA1c | % |  | % |  | % |  |
| eGFR | ml/分/1.73㎡ |  | ml/分/1.73㎡ |  | ml/分/1.73㎡ |  |
| 尿タンパク | －・ ±・+・2＋・3+以上 |  | －・ ±・+・2＋・3+以上 |  | －・ ±・+・2＋・3+以上 |  |
| 血圧 | / mmHg |  | / mmHg |  | / mmHg |  |
| BMI | kg/㎡ |  | kg/㎡ |  | kg/㎡ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

（２）生活改善状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時期 | 初回時 | 6か月後 | 1年後 |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 医療機関受診有無 | 有（　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | 有（　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | 有（　　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 服薬状況 | 有（　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | 有（　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | 有（　　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 透析の有無 | 有　　・　　無 | 有　　・　　無 | 有　　・　　無 |
| 食事状況 |  |  |  |
| 運動状況 |  |  |  |
| 改善満足度 |  | 0%・25%・50%・75%・90%以上 | 0%・25%・50%・75%・90%以上 |

※ 改善満足度は、対象者へのヒアリングにより、生活習慣等の改善度に対する自己評価度を記載する。

（３）その他特記事項

|  |
| --- |
|  |