

年 月 日

保健指導担当者 殿

医療機関名

主治医

以下のとおり保健指導を依頼します。

電話番号

## ○患者の基本情報

(ふりがな)	( )	生年月日	年 月 日	男・女
患者氏名		(年齢)	( 歳)	
住 所		電話番号	職業	
医療保険	1 国保 2 後期 3 その他	保険者番号	記号・番号	
罹病期間	約 年 ( 年 発症・発見 )			
診 断 名	<input type="checkbox"/> 糖尿病(2型・1型・その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症( 期) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(腎硬化症・糸球体腎炎・その他)(重症度分類: ) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心血管疾患( ) <input type="checkbox"/> その他合併症( )			
保健指導 依頼内容	<input type="checkbox"/> 生活状況(環境、食事、運動等)の把握 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 衛生管理( ) <input type="checkbox"/> 福祉サービス等に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他( )			

○患者の現在の数値等：下記の情報は、わかる範囲でご記入してください。お願いします。

(検査結果(※1)は検査データのコピー、治療薬(※2)は処方箋のコピーでも差支えありません。)

身体状況	身長_____cm 体重_____kg 血圧_____ / _____ mmHg
家族歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(糖尿病親族_____)(腎臓病親族_____)
検査結果 (※1)	_____年 _____月 _____日実施 HbA1c _____% 血糖値(空腹時・随時) _____ mg/dl 総蛋白 _____ g/dl アルブミン _____ g/dl BUN _____ mg/dl Crea _____ mg/dl 尿酸値 _____ mg/dl Na _____ mEq/l K _____ mEq/l Cl _____ mEq/l Ca _____ mg/dl P _____ mg/dl eGFR _____ ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 尿蛋白 _____ g/gCre 総コレステロール _____ mg/dl LDLコレステロール _____ mg/dl HDLコレステロール _____ mg/dl 中性脂肪 _____ mg/dl AST _____ IU/l ALT _____ IU/l $\gamma$ GTP _____ IU/l <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 服薬治療 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) ・食事療法： <input type="checkbox"/> 1日摂取量( ) kcal <input type="checkbox"/> 塩分制限( ) g <input type="checkbox"/> 蛋白制限( ) g <input type="checkbox"/> カリウム制限( ) mg <input type="checkbox"/> リン制限 <input type="checkbox"/> 水分制限( ) ml <input type="checkbox"/> その他( ) 運動療法： <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> 日常生活動作程度 <input type="checkbox"/> 歩行・その他 治療薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (※2)
連絡事項	(本人の病気に対する受け止め方等) 次回受診予定日： _____ 月 _____ 日

検査データのコピーでも可

処方箋のコピーでも可

具体的な指導内容等も記入

・別紙5(糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業における情報提供同意書)により、保健指導対象者の同意を得ていただき、同意書の写しを添付してください。お願いします。