

糖尿病保健指導指示依頼書

平成 年 月 日

市町村国民健康保険担当課長 様

医療機関名

住所

電話番号

主治医

印

(記名・押印または署名をお願いします)

下記のとおり保健指導を依頼します。

患者氏名		生年月日	年	月	日生	男・女
住 所			電話番 号			
病名 (該当病 名に○をして ください)	・ 2 型糖尿病 ・ その他の病名 高血圧・虚血性心疾患・脳血管疾患・脂質異常症・その他 ()					
糖尿病合併 症 (該当するも のに○をして ください)	・ 網膜症 : なし ・ あり ・ 未検査 ・ 神経障害 : なし ・ あり ・ 不明					
現在 (記載 月) の数値 等	①身長 c m ②体重 k g ③血圧 / mmHg ④血糖値 mg/dl (空腹・随時) ⑤HbA1c % ⑥尿蛋白 (－ ± ＋ ＋＋ ＋＋＋) ⑦eGFR ml/分/1.73 m ² ⑧尿中アルブミン mg/gCr					
保健指導に関する指示事項						
<p>該当事項に☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症患者に対して、「糖尿病診療ガイドライン」(日本糖尿病学会)及び保健指導プログラムのとおり実施することが適当である。</p> <p><input type="checkbox"/> 食事・運動について、留意することがあればご指示ください(必須記載事項ではありません)。</p> <p><input type="checkbox"/> 1日摂取エネルギー量制限: なし ・ あり (具体的に)</p> <p><input type="checkbox"/> 1日塩分摂取量制限: なし ・ あり (具体的に)</p> <p><input type="checkbox"/> 1日蛋白摂取量: なし ・ あり (具体的に)</p> <p><input type="checkbox"/> 運動制限: なし ・ あり (具体的に)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>						
<p>◆ 貴院で指導する場所 (小さなスペースで結構です) を提供していただくことが可能ですか。</p> <p><input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可</p>						
※不可の場合は、本人と調整をして、指導を実施する会場にお越しいただきます。						

