別添様式２

 糖尿病保健指導指示書

　　　年　　　月　　　日

市町村国民健康保険担当課長　殿

（保険者により必要に応じて変更ください）

　　　医療機関名

 住 所

　　電話番号

印

　　　 主治医

（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指示します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 現在の数値等（記載月） | ① 身長　　　③ 血圧　　　/⑤ HbA1c　⑦ eGFR　　　  | cmmmHg%ml/分/1.73㎡  | ② 体重　　　④ 血糖値　　　　⑥ 尿蛋白　　 （ －　±⑧ 尿中アルブミン　　　　　　　 | kgmg/dl（空腹・随時）＋ 　2＋ 3＋ ）mg/gCr　 |
| 保健指導に関する指示事項 |
| 該当事項に☑してください。□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。□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)。□　1日摂取エネルギー量制限：　なし　・　あり（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　 ）□　1日塩分摂取量制限：　なし　・　あり（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）□　1日蛋白摂取量制限：　なし　・あり（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）□　運動制限：　なし　・　あり（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他 |
| 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。* 可能　　　　　　　□　不可
 |