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 | cm  mmHg  %  ml/分/1.73㎡ | | ② 体重  ④ 血糖値  ⑥ 尿蛋白　　 （ －　±  ⑧ 尿中アルブミン | | kg  mg/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 | | | | | | | |