

## 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

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 cm	② 体重 kg	
	③ 血圧 / mmHg	④ 血糖値 mg/dl (空腹・随時)	
	⑤ HbA1c %	⑥ 尿蛋白 ( - ± + 2+ 3+ )	
	⑦ eGFR ml/分/1.73 m <sup>2</sup>	⑧ 尿中アルブミン 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