

「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」における保健指導

医療機関→前橋市

糖尿病性腎臓病重症化予防 保健指導連絡票

前 橋 市 様

年 月 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____

参加について本人の同意が必要です。

氏 名	(男・女)	生年月日	(歳)
住 所		電話番号 市から連絡します	※本人同意の上、ご記入ください。

診断名	☐ 糖尿病 ☐ 糖尿病性腎臓病(糖尿病性腎症) ☐ 腎臓病以外の糖尿病合併症【 ☐ 神経障害 ☐ 網膜症 ☐ その他()】 ☐ その他()		
保険者による保健指導の必要性	☐ 有	※市のDKD保健指導を利用しない場合は提出不要です。 請求書もご提出いただけません。	



保険者による保健指導の必要性「有」の場合、保健指導に関する指示事項の記入をお願いします。

指 示 書

■保健指導の内容について該当項目の□にチェックをお願いします。

☐ 糖尿病治療ガイドに準拠する ☐ その他 ()

■検査結果の情報提供にあたり、該当項目の□にチェックをお願いいたします。

☐ 検査結果は本人に渡している(例:手帳等に記載している)ので、本人から聴取すること。☐ 検査結果のコピーを添付。☐ 検査結果を裏面に記載。 → 裏面への記入をお願いいたします。

■ご指示及び注意事項等がございましたら、該当項目の□にチェックをお願いいたします。

☐ 『定期受診の確認』と『受診継続の支援』☐ 服薬管理の支援☐ 6ヶ月後の目標体重 (_____ kg)☐ 1日あたり摂取カロリー 【 ☐ 指示あり(_____ kcal) / ☐ 指示なし 】☐ 1日あたり塩分摂取量 【 ☐ 指示あり(_____ g未満) / ☐ 指示なし 】☐ 運動制限 【 ☐ 指示あり(_____) / ☐ 指示なし 】☐ その他 (_____)

■処方している内服薬等について可能な範囲でご記入をお願いいたします。

欄が不足の場合、裏面もご利用ください。

■保険者が行う保健指導に関して、特に注意事項等がありましたらご記入をお願いいたします。

欄が不足の場合、裏面もご利用ください。

保険者が保健指導を実施するにあたり、直近の検査結果等について、可能な範囲でご記入をお願いいたします。（結果コピーの添付でも可能です。）

検査項目	検査結果	検査日
HbA1c	%	
血糖値	mg/dL (☐ 空腹時 ☐ 随時)	
尿検査	蛋白 ☐ - ☐ ± ☐ + ☐ ++ ☐ +++以上	
尿アルブミン/Cr比	mg/gCr	
血清クレアチニン	mg/dL	
eGFR	mL/分/1.73m ²	
血圧	mmHg	
その他		

連絡事項等

--