八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム　保健指導情報提供書

様式２

　　　年　　　月　　　日

　八戸市　国保年金課　あて

医療機関名

主 治 医

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| 患者記入欄 | 私は、「八戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」へ参加し、医療機関が八戸市に  検査結果を提供することに同意します。 | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | 生年月日 | 年　 　月　 　日 | |
| 住　所 |  | | | 電話番号 |  | |
|  | | | | | | | |
| 保健指導  実施可否 | | □　適当　　　　　□　不適当（理由　　　　　　　　　　　　　　）  ※保健指導の実施が不適当の場合でも、以下の検査結果のご提供をお願いいたします。 | | | | |
| 検　　査　　結　　果（結果を添付された場合は記入不要） | | | | | | |
| 血　　糖 | | (空腹時 ･ 随時)　　　 　　　mg/dl | | HbA1c | | ％ |
| 尿 蛋 白 | | □ －　　□ ±　　□ １＋　　□ ２＋　　□ ３＋以上 | | | | |
| eGFR | | （ml/分/1.73㎡） | | クレアチニン | | （mg/dl） |
| 尿アルブミン | | （mg/gCｒ） | | 腎症病期 | | 期 |
| 【治療方針】　□異常なし　　□経過観察（ 健診 ・ 定期受診 ）　　□治療開始・継続  　　　　　　　□他院紹介（病院名：　　　　　　　　　紹介理由　　　　　　　　　　）  【治療内容】　□薬剤療法（ 経口 ・ インスリン ）　　□定期受診（頻度：　　　　　）  　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 【保健指導に関する助言】  □　体重管理指導（目標体重　　　　　　　kg）  □　食事指導 ※指示があれば記入　　カロリー　　　　　　　kcal、塩分　　　　　　　　　g  カリウム制限： 有 ・ 無 、たんぱく制限： 有 ・ 無  □　運動指導　　　　□　禁煙指導　　　　□　眼科指導（受診継続･勧奨）  □　服薬指導　　　　□　セルフケア指導（口腔衛生・足の手入れ等）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  糖尿病に加えて、下記の疾患に留意して保健指導を実施することが適当である。  □　高血圧症　　　　□　脂質異常症　　　□　肥満　　　　　□　歯周病  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他の留意事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 八戸市から貴院への保健指導実施報告書 | | | 必要　　・　　不要 | | | | |