

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

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	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不適當（理由 _____） <small>※保健指導の実施が不適當の場合でも、以下の検査結果のご提供をお願いいたします。</small>		
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	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1 + <input type="checkbox"/> 2 + <input type="checkbox"/> 3 +以上		
e G F R	(ml/分/1.73 m ²)	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】	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察（健診・定期受診） <input type="checkbox"/> 治療開始・継続 <input type="checkbox"/> 他院紹介（病院名： _____ 紹介理由 _____）		
【治療内容】	<input type="checkbox"/> 薬剤療法（経口・インスリン） <input type="checkbox"/> 定期受診（頻度： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

【保健指導に関する助言】	
<input type="checkbox"/> 体重管理指導（目標体重 _____ kg）	
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 運動指導	<input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 眼科指導（受診継続・勧奨）
<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> セルフケア指導（口腔衛生・足の手入れ等）
<input type="checkbox"/> 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當である。	
<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 歯周病
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
その他の留意事項（ _____ ）	
貴院への保健指導実施報告書	必要 ・ 不要

