様式２

糖尿病性腎症保健指導指示書

　　年　　　月　　　日

（保険者名）　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　印

※太枠は必須項目です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  患者氏名 |  | | | 性別 | | 男　　・　　女 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） | | | 職業 | |  | |
| 住　　　所 |  | | | | | | |
| 傷　病　名  （該当するものに○をつけてください） | * ２型糖尿病 * 糖尿病性腎症　（　　　　　　期） * 糖尿病性網膜症 * 糖尿病性神経障害 * その他（　　　　　　　 　　　　　　） | | | | | | |
| 家　族　歴 | 糖尿病の家族歴（　　無　・　有　・　不明　　） | | | | | | |
| 保健指導の内容 | * 糖尿病治療ガイドに準ずる（※高齢者糖尿病治療ガイドを含む） * その他（　　　　　　　 　　　　　　） | | | | | | |
| ※ここから下は、可能な範囲で御記入ください。 | | | | | | | |
| 保健指導における具体的な指示事項 | 目標体重　：　　　　　　kg（現在　　　　 kg）  指示エネルギー　：　　　　　　kcal／日  塩分制限　：　無　・　有（ ６g ・ ７g ・ ８g ・ その他 　 g）  たんぱく質制限　：　無　・　有（　　　 　　　 g）  カリウム制限　：　無　・　有（　　　　　　mEq）  その他　：（　　　　　　　　　 　　　　 ） | | | | | | |
| その他の留意事項 | * 生活習慣改善が困難である * 治療が中断しがちである * その他（　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 直近の検査データ  （検査日　年　月　日）  ※結果コピー添付可 | 血糖  （空腹時・随時）  mg/dl | HbA1c    % | eGFR    ml/分/1.73㎡ | | アルブミン尿  　　 　mg/gCr | | 血圧  　／  　　 　mmHg |
| 服　　薬 | 無　・　有（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |