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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |