（別紙２） 様式例

**京都府糖尿病性腎症重症化予防**

**保健指導同意依頼書**

　　年　　月　　日

医療機関主治医　様

医療保険者名

**（　医療保険者名　）では、「京都府版糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に則り、糖尿病性腎症重症化の予防に取り組んでいます。**

**つきましては、貴院受診中の下記の方について、保険者が保健指導を実施することにご同意いただけますでしょうか。**

**同意いただける場合は、本人様ご了解のうえ、受診状況をご記入いただき、同意の有無に関わらず（ 本人へ手渡し・同封封筒にて返送 ）いただきますようお願いします。**

医療保険者が記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | 男　・　女 |
| 住 所 |  | | | 電話番号 | |  | | |
| 上記の方へ保健指導を実施することは（ 適当 ・ 不適当 ）である  ＊不適当な理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　＊適当な場合は、下記状況をご記入ください。 | | | | | | | | |
| 保健指導に関する情報　　＊実施された結果のみご記入ください | | | | | | | | |
| 検査結果 | | （検査日：　　　年　　　　月　　　　日　・　　　　年　　　　月　　　　日）  ・HbA1ｃ（　　　　　　　　　％）　　　　　　　 　・尿蛋白定性検査（-　±　＋　２＋）  ・尿蛋白定量検査（　　　　　g/gCr）　　　　・尿アルブミン値（　　　　　　　㎎/ gCr）  ・血清クレアチニン（　　　　　　　㎎/dl）　　・ｅＧＦＲ（　　　　　　ｍｌ/分/1.73㎡）  ＊治療におけるコントロール目標値HbA1ｃ（　　　　　　　　　％） | | | | | | |
| 治療方針 | | □治療中もしくは開始　　□経過観察（　　ヶ月後）　□他医紹介（　　　　　　　　　） | | | | | | |
| □経口糖尿病薬　　　□インスリン　　　　□ＧＬＰ－１  □食事指導 □運動指導　 □禁煙指導  ＊保健指導を実施するにあたり留意すべきことがあればご指示ください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 栄養士への指示事項 | | □「CKDステージによる食事療法基準」（別添資料＊２）により実施してよい  □下記内容で指導する  　・エネルギー（　　　　　　　）kcal/日　　　　・食塩（　　　　　　　　　　）g/日  　・たんぱく質（　　　　　　　）g/日　　・カリウム制限なし　あり　（　　　　　　　）mg/日 | | | | | | |
| 医療機関名 | |  | | | 医師氏名 | |  | |

（注）医療機関所在の市町村国保以外の保険者が連絡する場合は、保険者の保健指導体制や指導

内容・計画等がわかる資料を添付する。

医療保険者問い合わせ先：

担当者：

P.11