別添様式３－１

　　　年　　月　　日

# 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書

# （専門医療機関への紹介状）

( 専門医療機関　　　科　　　担当医 )　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹介元医療機関 | 所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 電話番号 |  |

**１　対象者の情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | 職業 |  |

**２　別添様式２で「１専門医療機関(栄養指導あり)と連携する」又は「２専門医療機関(栄養指導なし)と連携する」を選択した場合は記載又はチェックしてください**

※検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名□にﾁｪｯｸ | □ 糖尿病性腎症（第　　　　　期）　□ 糖尿病性網膜症　　□ 末梢神経障害　　□ 高血圧症　　　□ 脂質異常症　 　□ 虚血性心疾患　　　□ 脳血管障害□その他（　　　　　 　　　　 　　　　　　　 　 　　　　） |
| 紹介目的 |  |
| 既往歴 | □末梢神経障害　□糖尿病性網膜症　□高血圧症　□脂質異常症　□虚血性心疾患　□脳血管障害　　□その他（　　　　　 　　　　 　　　　 　 　　　　） |
| 家族歴 |  |
| 症状経過 |  |
| 検査結果※ | ・血圧　 　　（　 　 ／ 　　mmHg）・HbA1c(NGSP)（　　 　　 　％）・血糖　 　　（　　　　　　　mg/dl）（ 空腹時 ・ 　食後　 　時間 ） | ・尿蛋白 　 （ －　±　1＋　2＋　3＋ ）・血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ（　　 　　　　　　　mg/dl）・eGFR　 （　　　 　 　ml/分/1.73㎡）・尿ｱﾙﾌﾞﾐﾝ定量（　　 　　　　mg/ gCr） |
| ※治療におけるコントロール目標値　HbA1c(NGSP)　（　 　　　％） |
| 治療経過 |  |
| 現在の処方 |  |
| 備　考 |  |

※２「専門医療機関（栄養指導なし）と連携する」を選択した場合は、a「外来栄養食事指導推進事業協力医療機関に栄養指導を依頼する」（→様式3-2へ続く）かb「保険者による保健指導を利用する」（→様式3-3へ続く）を選択してください。

別添様式３－２

　　　年　　月　　日

# 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書

# （外来栄養食事指導依頼用）

( 外来栄養食事指導実施機関　　　科　　担当医 )　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹介元医療機関 | 所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 電話番号 |  |

**１　対象者の情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | 職業 |  |

**２　別添様式２で「ａ 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関に栄養指導を依頼する」を選択した場合は記載又はチェックしてください**※検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名□にﾁｪｯｸ | □ 糖尿病性腎症（第　　　　　期）　□ 糖尿病性網膜症　　□ 末梢神経障害　　□ 高血圧症　　　□ 脂質異常症　 　□ 虚血性心疾患　　　□ 脳血管障害□その他（　　　　　 　　　　 　　　　　　　 　 　　　　） |
| 紹介目的 | 栄養食事指導 |
| 既往歴 | □末梢神経障害　□糖尿病性網膜症　□高血圧症　□脂質異常症　□虚血性心疾患　□脳血管障害　　□その他（　　　　　 　　　　 　　　　 　 　　　　） |
| 家族歴 |  |
| 症状経過 |  |
| 検査結果※ | ・血圧　 　　（　 　 ／ 　　mmHg）・HbA1c(NGSP)（　　　 　 　％）・血糖　 　　（　　　　　　　mg/dl）（ 空腹時 ・ 食後　　 　時間 ） | ・尿蛋白 　（ －　±　1＋　2＋　3＋ ）・血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ　（　　 　　　　　　mg/dl）・eGFR　 　（　　　 　 ml/分/1.73㎡）・尿ｱﾙﾌﾞﾐﾝ定量（　　 　　　　mg/ gCr） |
| ※治療におけるコントロール目標値　HbA1c(NGSP)　（　 　　　％） |
| 治療経過 |  |
| 現在の処方 |  |
| 食生活指導への指示事項 | □「糖尿病腎症生活指導基準」（参考資料３）により実施してよい□ 下記の内容で指導する・エネルギー　（　　　　　 　kcal／日） ・食　塩　 　 （　　　 　 　　g／日）・たんぱく質　（　　　　 　 　　g／日） ・カリウム 　 （　　　 　　　mg／日）□その他（　　　　　　 　　　　　　　　　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 備　考 | ※栄養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。 |

別添様式３－３

　　　年　　月　　日

# 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書

# （保険者による保健指導依頼用）

( 保 険 者 名（責任者名）)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹介元医療機関 | 所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 電話番号 |  |

**１　対象者の情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | 職業 |  |

**２　別添様式２で「ｂ 保険者による保健指導を利用する」を選択した場合は記載又はチェックしてください**※検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名□にﾁｪｯｸ | □ 糖尿病性腎症（第　　　　　期）（腎症4期・5期は保健指導の対象外）□ 糖尿病性網膜症　　□ 末梢神経障害　　□ 高血圧症　　　□ 脂質異常症　 □ 虚血性心疾患　　　□ 脳血管障害□その他（　　　　　 　　　　 　　　　　　　 　 　　　　） |
| 紹介目的 |  |
| 既往歴 | □末梢神経障害　□糖尿病性網膜症　□高血圧症　□脂質異常症　□虚血性心疾患　□脳血管障害　　□その他（　　　　　 　　　　 　　　　 　 　　　　） |
| 家族歴 |  |
| 症状経過 |  |
| 検査結果※ | ・血圧　 　　（　 　 ／ 　　mmHg）・HbA1c(NGSP)（　　　 　 　％）・血糖　 　　（　　　　　　　mg/dl）（ 空腹時 ・ 食後　　 　時間 ） | ・尿蛋白 　（ －　±　1＋　2＋　3＋ ）・血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ　（　　 　　　　　　mg/dl）・eGFR　 　（　　　 　 ml/分/1.73㎡）・尿ｱﾙﾌﾞﾐﾝ定量（　　 　　　　mg/ gCr） |
| ※治療におけるコントロール目標値　HbA1c(NGSP)　（　 　　　％） |
| 治療経過 |  |
| 現在の処方 |  |
| 指示事項 | □食生活指導　□運動指導　□服薬指導　□禁煙指導　□歯周病対策□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □「糖尿病腎症生活指導基準」（参考資料３）により実施してよい□ 下記の内容で指導する・エネルギー　（　　　　　 　kcal／日） ・食　塩　 　 （　　　 　 　　g／日）・たんぱく質　（　　　　 　 　　g／日） ・カリウム 　 （　　　 　　　mg／日）□その他（　　　　　　 　　　　　　　　　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 備　考 | ※栄養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。 |