

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票⑦

主治医 様
保険者名
担当者名
連絡先

下記の方は、特定健診の結果等から、糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準(※裏面参照)に該当しますので、重症化を予防するため、今後の対応についてご指導・ご加療をお願いいたします。

また、ご多忙中恐縮ですが、検査結果等に関する情報提供及び保健指導プログラムの利用の有無等について、別紙(別添様式2)に記載のうえ、返信いただきますようお願い申し上げます。(※返信方法は別途保険者により提示します。)

対象者

ふりがな 氏名		
生年月日年.....月.....日	性別男.....女.....
住所		
電話番号		

添付書類 特定健診結果経年表 本人等からの情報提供

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにつきましては、別紙をご参照ください

本人同意欄

私は、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加を

希望します ※下記の情報提供に同意します。
・(保険者名) からかかりつけ医への、特定健診結果などのデータの提供
・かかりつけ医から(保険者名) へのプログラムを利用するか否かの回答、連携体制の通知

糖尿病かかりつけ医療機関名・主治医名

希望しません ※希望しない理由 ()

年 月 日 住所

氏名(自署)

※やむを得ず代筆の場合は、代筆者の続柄と氏名を記入してください。

※プログラムⅡ対象者基準（高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより抜粋）

下記及び地域の実情に応じて保険者が個別に定める者

○糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医師からの情報提供により、次の①から④のいずれかに該当する者のうち、かかりつけ医の同意があった者

健診結果において、

- ①HbA1c：(NGSP)8.0%以上、②血圧：収縮期150 mmHg以上または拡張期90mmHg以上
③尿蛋白：(2+)以上、④eGFR45ml/分/1.73m²未満

ただし、次の者は除外する。

- ・がん等で終末期にある者
- ・重度の認知機能障害がある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象者
- ・過去1年間の外来栄養食事指導料の算定対象者
- ・すでに専門機関との連携もしくは専門医療機関で診療が実施されている者
- ・患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

(例) 保険者による保健指導プログラム

指導前

・保険者は、本人の同意のもと、かかりつけ医に連絡票を送付し、保健指導を実施する際の留意事項について情報提供書を受け取る。



指導開始

初回面談

- ・生活習慣のアセスメントと行動目標の設定
- ・かかりつけ医の指示のもと、栄養・運動指導や歯周病対策を行う



継続支援（3ヵ月後）

電話、面談による支援

- ・治療状況の確認
- ・行動目標の改善状況の確認、評価
- ・継続的な自己管理のための励まし



最終面談（6ヶ月後）

- ・治療状況の確認
- ・行動目標の取組の振り返り、評価
- ・継続的に自己管理するためのアドバイス

指導終了

※保健指導の実施内容等については、かかりつけ医に情報提供を行う。

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票①

(保 険 者 名 (責任者名)) 様

医療機関名
主治医

印

1 対象者の情報

氏 名		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住 所			電話番号	

2 プログラムの利用 (該当事項に記載又はチェックしてください)

<input type="checkbox"/> 利用する ↓	<input type="checkbox"/> 利用しない ※除外項目 右記のいずれかの場合は、 原則としてプログラムの 対象外となります。 該当するものがあれば チェックして下さい。 ↓ プログラムの対象外・ 情報提供終了	<input type="checkbox"/> がん等で終末期にある <input type="checkbox"/> 重度の認知障害がある <input type="checkbox"/> 生活習慣病管理料、透析予防管理料を算定している <input type="checkbox"/> 過去1年以内に外来栄養食事指導料を算定している <input type="checkbox"/> すでに専門医療機関との連携もしくは専門医療機関 で診療が実施されている <input type="checkbox"/> 患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外 すべきと判断した者
------------------------------------	--	--

3 「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

	連携体制	連携先への様式 (対象者が持参)	保険者へ送付 (返信用封筒あり)
<input type="checkbox"/>	専門医療機関※(栄養指導あり)と連携する ※専門医療機関については別紙をご参照ください。	・ 紹介状又は様式 3-1	・ 様式 2 (連絡票①)
<input type="checkbox"/>	専門医療機関 (栄養指導なし)と 連携し、 外来栄養食事指導推進事業協力医 療機関(※1)に栄養指導を依頼する	・ 紹介状又は様式 3-1 ・ 紹介状又は様式 3-2	・ 様式 2 (連絡票①)
<input type="checkbox"/>	保険者による保健指導(※2)を利用 する(腎症 4 期・5 期は保健指導の対 象外)	・ 紹介状又は様式 3-1	・ 様式 2 (連絡票①) ・ 様式 3-3 ・ 情報提供書作成手数料請求書
<input type="checkbox"/>	血糖管理、血圧 管理は自施設の みで実施し、 外来栄養食事指導推進事業協力医 療機関(※1)に栄養指導を依頼する	・ 紹介状又は様式 3-2	・ 様式 2 (連絡票①)
<input type="checkbox"/>	保険者による保健指導(※2)を利用 する(腎症 4 期・5 期は保健指導の対 象外)	/	・ 様式 2 (連絡票①) ・ 様式 3-3 ・ 情報提供書作成手数料請求書

(※1) 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関については別表1をご参照ください。

(※2) 保険者による保健指導を利用する場合は下記のプログラム例をご参照ください。

(例) 保険者による保健指導プログラム

指導前

- ①保険者は、本人にプログラム対象者であることを説明し、プログラム参加の同意を得て連絡票②等様式を渡す。その旨を本人の了承のもと、かかりつけ医に連絡しておく。
- ②本人は診察時に連絡票等様式をかかりつけ医に提示。
- ③かかりつけ医はプログラム利用の有無を決定し、利用の場合は、連絡票①と情報提供書(様式 3-3)を作成し、情報提供書作成手数料請求書と合わせて保険者に送付する。
- ④保険者は情報提供書作成手数料を支払い、情報提供書(様式 3-3)の保健指導に関する指示事項に基づいて保健指導を開始する。

指導開始

初回面談

- ・生活習慣のアセスメントと行動目標の設定
- ・かかりつけ医の指示のもと、栄養・運動指導や歯周病対策を行う

継続支援（3ヵ月後 中間評価）

- 電話、面談による支援
- ・治療状況の確認
- ・行動目標の改善状況の確認、評価
- ・継続的な自己管理のための励まし

最終面談（6ヶ月後 最終評価）

- ・治療状況の確認
- ・行動目標の取組の振り返り、評価
- ・継続的に自己管理するためのアドバイス

保健指導期間中の、かかりつけ医と保険者の連携方法について

かかりつけ医→保険者

様式 3-3 による指示以降は「糖尿病連携手帳」の活用をお願いします。

保険者→かかりつけ医

初回面接、中間評価、最終評価を実施後、「保健指導実施報告」を送付します。

指導終了

※保健指導の実施内容等については、かかりつけ医に情報提供を行う。

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	⑩
	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	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 期) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介目的	
既往歴	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 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 m ²) ・尿アルブミン定量 (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。

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	⑩
	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	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 _____ 期) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
紹介目的	栄養食事指導		
既往歴	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 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 m ²) ・ 尿アルブミン定量 (_____ mg/ gCr)	
	※治療におけるコントロール目標値 HbA1c(NGSP) (_____ %)		

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	⑩
	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	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 期) (腎症 4 期・5 期は保健指導の対象外) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	
紹介目的		
既往歴	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 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 m ²) ・ 尿アルブミン定量 (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	<input type="checkbox"/> 食生活指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 歯周病対策 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 「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 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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。