（様式２）

高知県(連絡窓口) 中継

医療機関 発

保険者 受

　　　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

（糖尿病性腎症透析予防強化事業版）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医師名 |  |
| 保険者からの連絡窓口 | 担当者名 |  |
| 連絡方法 | □ 電話　　　□ メール　　　□ 電話・メールいずれも可TEL：E-Mail： |

**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 |  |
| 保険番号 | （保険者番号が不明な場合は保険者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**２　下記の情報について、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□にﾁｪｯｸ | □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□にﾁｪｯｸ | □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ 糖尿病性腎症生活指導基準□ 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。 |

|  |  |
| --- | --- |
| No. |  |

※受付窓口で記入