（様式４）

糖尿病性腎症透析予防強化プログラム介入対象者（継続介入）報告書

**１　対象者の情報**

　　対象者No.　　　　　　　　　　（※）

（※） １クール目の介入開始が令和５年度以前の場合、または対象者No.が不明な場合は、下表に必要事項を入力

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　　歳） | 職　業 |  |
| 保険者番号 | （保険者番号が不明な場合は保険者名：　　　　　　　　　　　　　　　） |

**２　直近の検査データ**

|  |
| --- |
| 検査年月日：　　　　　年　　月　　日 |
| ・HbA1c(NGSP)（　　　 　 　％）・血糖　 　　（　　　　　　　mg/dl）（ 空腹時 ・ 食後　　 　時間 ） | ・尿蛋白 （ －　±　1＋　2＋　3＋ ）・eGFR　（　　　 　 ml/分/1.73㎡） |

**３　介入開始時期**

クール数：　　　クール目

介入開始時期：　　　年　　　月

（注意事項）

* 本様式は、継続介入（２クール目以降）であるため、介入前の対象者への同意取得や保険者への情報提供書の提供を行わない場合を想定した報告様式です。
* 前回介入から期間があくなどにより対象者への同意取得や保険者への情報提供書の提供を再度行う場合は、同意書（様式１）の写し及び情報提供書（様式２）を窓口にご提出ください。