　年　月　日

武蔵野市健康福祉部保険年金課　宛

公益財団法人武蔵野健康づくり事業団　宛

医療機関名

　所在地

　電話番号

　医師氏名

糖尿病性腎症保健指導指示書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | 性別 | | 男・女 |
|  | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） | | | | 職業 |  | | |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 傷病名 | ２型糖尿病  糖尿病性腎症（　　　　　期）  糖尿病性網膜症（　無　・　有　）、糖尿病性神経障害（　無　・　有　）  高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 家族歴 | 糖尿病の家族歴（　無　・　有　・　不明　） | | | | | | | |
| 現在の治療状況  今後の治療方針 | 食事療法 | エネルギー摂取量　　　　　　　　　　　kcal  炭水化物比率　（　50％　　55％　　60％　） | | | | | | |
| 運動療法 |  | | | | | | |
| 薬物療法 |  | | | | | | |
| 保健指導に  おける  具体的な  指示事項 | 指導基準 | 期相当 | | | | | | |
| 目標体重  塩分制限  たんぱく質制限  カリウム制限  その他 | | ：　　　　　　kg（現在　　　　　kg）  ：　無　・　有（　　　　　g）  ：　無　・　有（　　　　　g）  ：　無　・　有（　　　　　mEq）  ：　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 検査データ  検査日  (　 .　 . 　)  ※　検査日が異なる場合は、  データ余白に記載してください。 | 血糖  （空腹時・随時） | mg/dl | | 血圧 | | | ／　　　mmHg | |
| eGFR | ml/分/1.73㎡ | | HbA1c | | | % | |
| アルブミン尿  （尿蛋白と選択） | mg/gCr | | 尿蛋白  （アルブミン尿と選択） | | | g/gCr | |
| その他の  留意事項 | □　生活習慣改善が困難である  □　治療が中断しがちである  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |

記載方法、事業内容に関するお問い合わせは

（事業受託者）公益財団法人武蔵野健康づくり事業団（0422-51-2828）まで