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