

青森市糖尿病性腎症等重症化予防プログラム
 保健指導情報提供書（医療機関 → 市）

【様式 2】

令和 年 月 日

青森市保健所 健康づくり推進課長

医療機関名

青森市税務部 国保医療年金課長 様

主治医

氏名	生年月日	年 月 日 生	性別	男・女
電話番号	住所			
診断名	糖尿病（1型・2型・境界型・他）・慢性腎臓病（CKD）・その他（）			
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 治療開始・ <input type="checkbox"/> 他院紹介（病院名：） その他（）			

<検査結果> 検査結果を別途添付される場合は以下の記入は不要です。

検査日		年 月 日		
必須	血糖値	(空腹時・随時)	mg/dl	HbA1c %
任意	尿蛋白区分	<input type="checkbox"/> A 1	<input type="checkbox"/> A 2	<input type="checkbox"/> A 3
	尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)	30 未満	30～299	300 以上
	尿蛋白定性所見	(-)	(±)	(+)以上

該当する GFR 区分にしてください。(別添「保健指導情報提供書」別表をご参考ください)

GFR 区分	<input type="checkbox"/> G 1	<input type="checkbox"/> G 2	<input type="checkbox"/> G 3 a	<input type="checkbox"/> G 3 b	<input type="checkbox"/> G 4	<input type="checkbox"/> G 5	<input type="checkbox"/> 区分不明
腎機能	正常または高値	正常または軽度低下	軽度～中等度低下	中等度～高度低下	高度低下	高度低下～末期腎不全	
数値 (ml/分/1.73 m ²)	≥90	60～89	45～59	30～44	15～29	<15	

<同意> 市への情報提供について本人の同意 あり なし

<保健指導の方法> 市に保健指導を依頼する（**無料**） 医療機関で保健指導を実施する 治療開始

↓ 該当する項目にしてください。

<input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 適量飲酒指導 上記の保健指導は「保健指導情報提供書 別表」等を参考に実施します。市での指導に関し、具体的な指示事項がありましたらお知らせください。 <input type="checkbox"/> 眼科指導 <input type="checkbox"/> 口腔衛生指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 ・指導に関する指示事項等があればご記入ください { 保健指導に際し、留意すべき他疾患がありましたらお知らせください。 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> サルコペニア・フレイル <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他（） ・他疾患に留意した保健指導に関する指示事項等があればご記入ください }
--