

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	☐ 異常なし・ ☐ 経過観察・ ☐ 治療開始・ ☐ 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	☐ A 1	☐ A 2	☐ 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	☐ G 1	☐ G 2	☐ G 3 a	☐ G 3 b	☐ G 4	☐ G 5	☐ 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。

☐ 食事指導 ☐ 運動指導 ☐ 禁煙指導 ☐ 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。

☐ 眼科指導 ☐ 口腔衛生指導 ☐ 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。

☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 肥満 ☐ 歯周病 ☐ サルコペニア・フレイル

☐ 骨粗しょう症 ☐ 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

【お願い】国民健康保険被保険者で、青森市 CKD 病診連携に基づく保健指導（無料）を依頼される場合は、ご本人の同意の元、患者様の連絡先を市へ提供いただきますようお願いいたします。

詳細は別紙チラシをご覧ください。

ご連絡先 青森市保健所 健康づくり推進課 電話：017-718-2912（平日 8:30-17:00）