

## 糖尿病性腎症連携連絡票

〇〇〇保険者 健康衛生担当課 御中

年 月 日

医療機関名

住 所

電話番号

以下のとおり保健指導を依頼します。

医 師 名

印

※太枠の部分は必ず記載してください。

ふりがな 患者氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		職業	
住 所				
傷病名 (該当するものに○をつけてください)	2型糖尿病、糖尿病性腎症 ( 期)、糖尿病網膜症、糖尿病神経障害 ----- 高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、その他 ( )			
患者の保健指導への同意	有り、無し、その他 ( )			
添付書類	生活習慣病療養計画書、検査データ、処方箋等の写し、その他 ( ) ※生活習慣病療養計画書の写しを添付いただければ、以下記入は省略可能です。			
検査データ (検査日 年 月 日) ※検査結果の写しを添付していただければ記入は不要です	血 糖 (空腹時・随時)	mg/dl	血 圧	/ mmHg
	HbA1c	%	クレアチニン	mg/dl eGFR ml/分/1.73m <sup>2</sup>
	アルブミン尿	mg/gCr	蛋白尿	定量 g/gCr 身長 cm
			定性	- ± + 2+~ 体重 kg
現在の治療状況 ※治療経過が分かるものを添付していただければ記入は不要です				
治療のコントロール目標	HbA1c	%	その他	
生活指導の留意事項 ※生活習慣病療養計画書の写しを添付いただければ、記入は省略可能です。	食事療法	エネルギー摂取量	kcal	炭水化物比率 <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 55% <input type="checkbox"/> 50%
		摂取制限 (制限する場合は☑をつけ 数値を記入してください)		<input type="checkbox"/> 塩分制限 ( _____g ) <input type="checkbox"/> たんぱく質制限 ( _____g ) <input type="checkbox"/> カリウム制限 ( _____mg )
	運動療法 (運動の種類、頻度・負荷量等を記入してください)			
その他				
薬物療法 ※処方箋等の写しを添付していただければ記入は不要です				
コメント・連絡事項				
その他の留意事項	<input type="checkbox"/> 生活習慣改善が困難である <input type="checkbox"/> 治療が中断しがちである <input type="checkbox"/> その他 ( )			