

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

令和 年 月 日

青森市保健所 健康づくり推進課長

青森市 税務部国保医療年金課長 様

医療機関名 _____

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）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"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30~299	300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"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3a	<input type="checkbox"/> G3b	<input type="checkbox"/> G4	<input type="checkbox"/> G5	<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	末期腎不全(ESKD)	
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 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

糖尿病に加えて、下記の疾患に留意して保健指導を実施することが適当である。

高血圧症 脂質異常症 肥満 歯周病 サルコペニア・フレイル

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