**参考様式４**

治療中の患者のうち、保険者等団体の基準で保健指導が必要であると判断した場合に、

保健指導を実施することをかかりつけ医が了承した場合に利用

保健指導指示書

（保険者名）　殿

平成　　年　　月　　日

医療機関名

住所

主治医名

※以下について、わかる範囲でご記入下さい

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | 性別 | 男　・　女 | |
| 生年月日 | T･S･H　　年　　月　　日（　　　　歳） | | | | | 職業 |  | |
| 住所 | 電話：　　－　　　－ | | | | | | | |
| 病名 | □２型糖尿病　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 現治療状況  今後の方針 | 食事・運動・薬物療法 | |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | |
| 保健指導  の  指示事項 | 目標体重（　　　　　）kg | | 現在：身長(　　　 ) cm　体重(　　　　)kg | | | | | |
| 塩分制限：　□無　・　□有　→（　　　　　　）g／日  カリウム制限：　□無　・　□有　→（　　　　　　）mEq  タンパク質制限：　□無　・　□有　→（　　　　　　）g／日  水分制限：　□無　・　□有　→（　　　　　　）ml／日  カロリー制限：　□無　・　□有　→（　　　　　　）kcal／日 | | | | | | | |
| 指示事項 | | | | | | | |
| 特記事項等 | □受診中断しがち　□内服中断しがち　□(過去) 生活習慣改善が困難  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 医療機関  検査データ  検査日　　年　月　日  ※写し添付可 | 血糖（mg／dl）  □空腹時　□随時 | HbA1c (%)  ％ | | 尿蛋白 | eGFR（ml/分/1.73㎡） | | | 尿アルブミン定量(mg/gCr) |