参考様式１

**糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書**

**年　　月　　日**

**様**

**氏名**

**住所 〒**

**電話番号**

**（氏名は自署をお願いします。）**

|  |
| --- |
| **◆かかりつけ医を記入してください。****医療機関名：** |
| **◆「参加します（左欄）」又は「参加しません（右欄）」のいずれかにチェックしてください。****また，その後のそれぞれの「問」に回答してください。** |
| **□参加します****【問１】面談の実施場所について**御希望の場所を**いずれか１つをお選びください。**□かかりつけ医の医療機関（施設）　　　　□会議室等の会場（※注１）※注１　会場を御希望の方が多数の場合，自宅での面談をお願いする場合があります。**【問２】日程調整のための御連絡時間について**・あらかじめ電話連絡にて面談日，訪問日を調整させていただきます。次の表に，**電話連絡の可能な時間帯全てに「○」をつけてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **いつでも** | **平日** | **土曜日** | **日曜日** |
| **午前** | **午後** | **夜間** | **午前** | **午後** | **夜間** | **午前** | **午後** | **夜間** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※時間帯の目安　午前　 9:00～12:00　　午後　12:00～18:00　夜間　18:00～21:00・電話連絡が可能な時間帯に連絡いたしますが，連絡がとれない場合は，それ以外の時間帯に連絡する場合がありますので，その旨御了承ください。 | **□参加しません****【問】理由は何ですか。****次のいずれかにチェックしてください。****その他の場合，具体的な理由を記入してください。****□かかりつけ医が参加を勧めなかったから****□かかりつけ医の指導で十分と思うから****□自己管理ができているから****□参加する時間がないから****□その他**※この事業の検査結果等の個人情報は，特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究をする時に限り使用する場合がありますことを御了承ください。第三者に先の目的以外で情報提供・開示することは一切ありません。また，事業参加後，このことについて同意できなくなった場合は，連絡してください。 |

参考様式２

糖尿病性腎症保健指導指示書

　　年　　月　　日

　様

医療機関名

住　　　所

主　治　医

（記名・押印または署名をお願いします。）

次のとおり保健指導を依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 | 男・女 |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |
| 病名(該当病名に○をしてください。) | ・２型糖尿病　　・糖尿病網膜症　　・糖尿病性腎症（ステージ　　　　）・末梢神経障害　　・高血圧　　・脂質異常症　　・虚血性心疾患　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在(記載月)の数値等 | ①身長　　　　　ｃｍ　②体重　　　　　㎏　③HbA1c　　　　％④血圧　　　　　/　　　　　　⑤血糖値　　　　　mg/dl（食後　　時間）⑥血清クレアチニン　　　　 mg/dl，eGFR　　　　　ml/分/1.73㎡⑦尿アルブミン　　　　mg/gCrまたは尿蛋白（ － ，± ，＋ ，++ ，+++ ） |
| 保健指導に関する指示事項 |
| ◆該当事項をチェックしてください。 □　「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」のとおり実施することが適当である。□ 「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」について，留意するべきことがあれば御指示ください。 □　１日摂取エネルギー量　（　　　　　　kcal）　□　１日塩分摂取量　（　　　　　ｇ）□　１日蛋白質摂取量（　　　　　ｇ）□　血圧（　 　　～　　 　㎜Hg）□　運動制限（制限の程度：　　　　　　　）・ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　その他  |
| ◆そちらの診療所で指導する場所（小さなスペースで結構です。）を提供していただくことが可能ですか。□　可能　　　　　　　　　□　不可※不可の場合は，本人と調整をして，指導を実施する会場にお越しいただきます。 |

参考様式３

糖尿病性腎症保健指導　検査結果報告書**（　　回目）**

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

医療機関名

住　　　所

主　治　医

（記名・押印または署名をお願いします。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　様の検査結果は以下のとおりです。

注意事項

○　検査結果については、かかりつけ医様でお持ちのデータ（３か月以内のもの）をご記入ください。

○　患者様へは、検査費用・文書料等を請求いただかないようお願いします。

（検査日　　　　　　年　　　月　　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 身長 | cm |
| ２ | 体重 | kg |
| ３ | HbA1c | ％ |
| ４ | 血圧 | ／　　　　mmHg |
| ５ | 血糖値 |  　　　　mg/dl（食後　　時間） |
| ６ | 血清クレアチニン | mg/dl |
| eGFR | ml/分/1.73㎡ |
| ７ | 尿アルブミンまたは尿蛋白 | mg/gCr |
| 尿蛋白（ － , ± , ＋ , ++ , +++ ） |