

(様式1)

糖尿病性腎症重症化予防連絡票

令和 年 月 日

主治医様

市町名 (保険者)

担当者名

連絡先 (TEL)

下記の方は、糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象基準に該当されました。

対象となる基準には、**〔基準A〕**と**〔基準B〕**があります。つきましては、以下のようにご協力をよろしく
お願いいたします。

〔基準A〕 糖尿病が疑われるものの、未治療あるいは中断されていると思われる方です。糖尿病と診断された場合は、治療（食事療法、運動療法を含む）の継続をお願いいたします。また、保険者による生活習慣指導について本人の希望があれば様式2をご提出ください。

〔基準B〕 慢性腎臓病（CKD）が疑われるものの、未治療あるいは中断されていると思われる方です。CKDの重症度分類および糖尿病の有無の診断をお願いいたします。また、CKDの進行を防ぐため、保険者による減塩を中心とした生活習慣指導について本人の希望があれば様式2をご提出ください。

なお、A・Bいずれの場合も 歯周病の疑いがある方については、歯科医療機関へ受療を促していただきますようお願いいたします。

対 象 者	ふりがな	
	氏名	性別 男・女
	生年月日	年 月 日 () 歳
	住所	

対象者は、以下のに該当し、過去1年間、医療機関受療歴のない方です。

〔基準A〕 健診結果より糖尿病が疑われる者

【健診日： 年 月 日、

血糖値(空腹・随時)_____mg/dl、 HbA1c_____％】

健診未受診者で、過去に糖尿病等による治療歴がある者

〔基準B〕 尿蛋白が2+以上の者 【健診日： 年 月 日】

eGFR 値が 45 ml/分/1.73 m²未満の者

【健診日： 年 月 日、 eGFR_____ml/分/1.73 m²】

eGFR 値が 60 ml/分/1.73 m²未満で、低下速度が年間 5 ml/分/1.73 m²以上と思われる者

健診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
eGFR 値 (ml/分/1.73 m ²)			

【 eGFR 低下速度_____ml/分/1.73 m²/年 (過去3回以上の結果より算出)】