

(様式2)

糖尿病性腎症重症化予防保健指導依頼書 (医療機関 → 市町)

令和 年 月 日

越前市健康増進課長 様

医療機関名

主治医

| | | | | |
|----|--|------|-------|-----|
| 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | 男・女 |
| 住所 | | 電話番号 | | |

〔血糖の状態〕

【検査日： 年 月 日、血糖値(空腹・随時) _____ mg/dl あるいは HbA1c _____ %】

〔腎機能の状態〕 (慢性腎臓病の重症度分類)

【検査日： 年 月 日 尿アルブミン _____ mg/gCr あるいは 尿蛋白 _____ g/gCr】

| 尿蛋白区分 | A1 | A2 | A3 |
|-----------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 尿アルブミン (mg/gCr) | <input type="checkbox"/> 30 未満 | <input type="checkbox"/> 30~299 | <input type="checkbox"/> 300 以上 |
| 尿蛋白 (g/gCr) | <input type="checkbox"/> 0.15 未満 | <input type="checkbox"/> 0.15~0.49 | <input type="checkbox"/> 0.50 以上 |

【検査日： 年 月 日 eGFR _____ ml/分/1.73m²】

| 腎機能 | <input type="checkbox"/> G1 正常または 高値 | <input type="checkbox"/> G2 正常または 軽度低下 | <input type="checkbox"/> G3a 軽度~ 中等度低下 | <input type="checkbox"/> G3b 中等度~ 高度低下 | <input type="checkbox"/> G4 高度低下 | <input type="checkbox"/> G5 末期腎不全 (ESKD) |
|------------------------------------|--|--|--|--|-------------------------------------|--|
| eGFR (ml/分/1.73m ²) | ≥90 | 89~60 | 59~45 | 44~30 | 29~15 | <15 |

〔歯・口腔内の状態〕

歯周病が疑われる症状はない

右の症状がある ↓

歯茎が腫れている 歯がぐらぐらする

歯茎から出血がある 口臭が気になる

 歯周病の疑いがあるため

歯科医療機関への受診を促した

歯科医療機関への診療情報提供書を渡した

下記の事項について保健指導を実施することが適当である。

- 食生活指導 運動指導
- 禁煙指導 その他 [_____]

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 脂質異常症 肥満 その他 [_____]
- その他特記事項等 [_____]

※ 保健指導を受けることに関する患者様の同意 同意あり 同意なし