

かかりつけ医への連絡票（例）

医療機関の長（主治医）様

「鳥取県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（鳥取県医師会、鳥取県糖尿病対策推進会議、鳥取県が連名で策定）に基づく取組に関するお願いです。

〔 保険者名 〕の被保険者である〔 被保険者名 〕様について、特定健康診査の結果等から糖尿病性腎症重症化予防に係る保健指導の参加対象者となりました。かかりつけ医の先生とご本人の同意をいただけましたら、保健師の面談等による保健指導を半年間実施いたします。

つきましては、次の1、2についてご対応くださいますようお願いいたします。

1 参加の勧奨

かかりつけ医の先生が〔 被保険者名 〕様への保健指導を必要と判断された場合は、〔 被保険者名 〕様に対して〔 保険者 〕が行う保健指導プログラムへの参加の勧奨をお願いします。

（参考）次のいずれかに該当する場合には、保健指導プログラムの対象としません。

- ・ 1型糖尿病である者及びがん等で終末期にある者
- ・ 認知機能に障がいがある者
- ・ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者
- ・ その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

2 同意手続き

〔 被保険者名 〕様が保健指導プログラムへの参加に同意された場合は、次の手続きをお願いします。

〔 被保険者名 〕様と治療及び保健指導方針を協議の上、「保健指導プログラム実施指示書」（様式2）に検査数値や留意点等を記入して〔 保険者 〕へ送付。

※ 保険者によって、当実施指示書を郵送等の送付ではなく、説明を受けにかかりつけ医へ訪問されたい場合は、適宜、「連絡していただく」旨に修正のこと。

保健指導については、必要に応じて適宜、保険者と打ち合わせを行いながら実施することが望ましいため、実施状況等を〔 保険者 〕からかかりつけ医の先生に適宜御報告いたします。よろしく願いいたします。

〔 保険者名 〕担当者連絡先・様式2の送付先

所属名

電話番号

所在地 〒 ー