

## 保健指導プログラム 実施指示書

記入日 年 月 日

医療保険者 様

(市町村国民健康保険担当課長 等)

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ 印

次のとおり保健指導を依頼します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳)	男・女
住所			電話番号	
病名	※該当項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (ステージ ) <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
検査 数値等	( 年 月 日現在) 身長 _____ cm    体重 _____ kg    血圧 _____ / _____ HbA1c (NGSP) _____ %    血糖 _____ mg/dl (空腹時・食後 時間) eGFR _____ ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 血清クレアチニン _____ mg/dl 尿蛋白 - ・ 土 ・ 1 + ・ 2 + ・ 3 + 尿蛋白 (定量) _____ g/gCr    尿アルブミン指数 _____ mg/gCr			
保健指導に関する指示事項				
◆保健指導に当たっての目安などの留意事項等 <input type="checkbox"/> 1日摂取エネルギー量 _____ kcal <input type="checkbox"/> 1日塩分摂取量 _____ g <input type="checkbox"/> 1日蛋白質摂取量 _____ g <input type="checkbox"/> 運動制限 無・有 ( ) <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>				