

(別紙1)

糖尿病生活指導指示書 (例)

年 月 日

市町村国民健康保険担当課長 様


医療機関名

主治医

連絡先

(記名・押印または署名をお願いします)

下記のとおり生活指導を依頼します。

|                |  |  |   |      |   |       |     |
|----------------|--|--|---|------|---|-------|-----|
| 患者氏名           |  | 生年月日                                     | 昭和<br>平成                                | 年    | 月 | 日( )歳 | 男・女 |
| 住所             |  |  |   | 電話番号 |   |       |     |
| 糖尿病性腎症<br>病期分類 |  該当の病期に<br>チェックをして<br>ください。 | 尿アルブミン値(mg/gCr)<br>あるいは<br>尿タンパク値(g/gCr) | GFR(eGFR)<br>(ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) |      |   |       |     |
|                | 第1期(腎症前期)  | 正常アルブミン尿(30未満)                           | 30以上                                    |      |   |       |     |
|                | 第2期(早期腎症期)   | 微量アルブミン尿(30~299)                         | 30以上                                    |      |   |       |     |
|                | 第3期(顕性腎症期)   | 顕性アルブミン尿(300以上)<br>あるいは<br>持続性蛋白尿(0.5以上) | 30以上                                    |      |   |       |     |
|                | 第4期(腎不全期)  | 問わない                                     | 30未満                                    |      |   |       |     |
| 第5期(透析療法期)     | 透析療養中  |  |   |      |   |       |     |

生活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生活指導プログラムのとおり実施することが適当である。

生活指導プログラムのほか、下記事項に留意することが適当である。

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

その他

( )