

糖尿病性腎症保健指導指示書

令和 年 月 日

(あて先)流山市長

医療機関名

住所

電話番号

医師氏名

印

フリガナ 患者氏名		性別	男・女
生年月日(年齢)	S・H 年 月 日(歳)	職業	
住所	流山市	保険の種類 (いずれか○)	流山市国保・後期高齢者医療 社会保険・生活保護
傷病名	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病 (発症時期:) <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()		
家族歴	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病の家族歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		
治療内容	<input type="checkbox"/> 食事療法 <input checked="" type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 内服 (薬剤名:) <input type="checkbox"/> インスリン (薬剤名:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
保健指導に おける具体的 な指示事項	<input checked="" type="checkbox"/> 目標体重 <input type="checkbox"/> Kg 健診結果 体重 Kg (6か月で3~5%減) 身長 cm <input checked="" type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 食事摂取基準に基づく推奨 総エネルギー kcal/日 <input type="checkbox"/> 疾病等を考慮した 総エネルギー kcal/日 <input checked="" type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g) <input checked="" type="checkbox"/> 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> その他 ()		
検査日 (月 日)	血圧	/ mmHg	eGFR ml/分/1.73m ²
	HbA1c	%	尿蛋白 一 土 十 廿 卅
	血糖値	(空腹時・随時) mg/dl	尿アルブミン <input type="checkbox"/> 未検 mg/gCr
その他の 留意事項	<input type="checkbox"/> 生活習慣改善が困難である <input type="checkbox"/> 治療が中断しがちである <input type="checkbox"/> 無関心期 <input type="checkbox"/> 関心期 <input type="checkbox"/> 準備期 <input type="checkbox"/> 実行期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> その他 ()		