

情報提供先市町村

市町村長 様

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者氏名
性別（男・女） 生年月日 明・大・昭 年 月 日生（ 歳） 職業
住所
電話番号

診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院（ 年 月 日）	情報提供回数 回	
病名 (疑いを含む)	※ 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（ ）	
	診療開始年月日	年 月 日	
受診年月日	年 月 日		
発症年月日	年 月 日		
初発 / 再発	1 初発	2 再発（ 年 月 日初発）	
その他の傷病名			
病状・既往歴 治療状況等			
	訪問診療 有 ・ 無	訪問看護 有 ・ 無	
寝たきり度（該当するものに○）	J ・ A ・ B ・ C		
日常生活活動（ADL）の状況 （該当するものに○）	①移動 ②排泄 ③着替 ④食事 ⑤入浴 ⑥整容 ※ 該当する項目番号を、以下に記入してください。 （一部介助 全面介助 ）		
認知症である老人の日常生活自立度（該当するものに○）	I ・ II ・ III ・ IV ・ M		

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

糖尿病性腎症重症化予防に係る保健指導プログラムへの参加

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 ²	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

1日摂取エネルギー量 _____ kcal 1日塩分摂取量 _____ g

1日蛋白質摂取量 _____ g 運動制限 無 ・ 有（ _____ ）

その他

[_____]

- 1 必要がある場合には、続紙に記載して添付してください。
- 2 上記の項目のうち、病名から不必要なもの、記載できないものについては、斜線を引いてください。
- 3 必要がある場合には、家庭環境等についても記載してください。