年　　月　　日

**様式２**

**保健指導依頼票**

羽島市保険年金課宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　当院で治療中の以下の患者について、保健指導を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | （男・女） | **生年月日** |  |
| **住所** |  | **電話番号** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **診断名** | □糖尿病　□糖尿病性腎症　 |
| **治療****状況** | 糖尿病に関する処方（インスリン・内服）※コピー添付の場合省略可 |
| 検査値　※検査結果のコピー添付の場合省略可　検査日　　令和　　年　　月　　日　血糖値（空腹時・随時）　　　　　　　　　　　mg/dL HbA1c % 尿アルブミン mg/g・Cr　eGFR mL/分/1.73㎡ その他 |
| 患者と共有している治療目標レベル□HbA1c %□血圧　　　　　　/ mmHg□腎機能が維持できる |
| **依頼****事項** | 必要な保健指導項目１　定期受診の確認と勧奨２　薬物療法の確認３　生活指導　　□食事指導　　・指示カロリー （ ）kcal/日　　・塩分制限　　　　　（ ）g/日　　・その他　　　　□運動指導　　□禁煙指導　　□体重減量の必要性（　有・無　）４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |