

保健から医療への保健指導実施確認書

年 月 日

医療機関名

主治医

御机下

富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムで定めた、「糖尿病性腎症患者に対する保健指導」の選定基準(裏面基準参照)に基づき、特定健康診査の結果、貴院に通院中の下記の方が該当となりましたので、保健師等による保健指導実施の必要性について確認するためご連絡いたします。

保健指導の必要性について、下記の「保健指導を依頼します」もしくは「保健指導を依頼しません」にチェックの上、ご返送いただきますよう、お願いいたします。

なお、「保健指導が必要」な場合は、保健指導依頼内容にチェックの上、様式3「医療から保健への糖尿病保健指導依頼書」とともに本書をご返送いただきますよう、お願いいたします。

市町村名

担当者名

TEL

患者氏名	男・女	生年月日	年	月	日(歳)	
住 所	電話番号					
健診結果	特定健康診査受診日		年	月	日	
	身長	cm	体重	kg	BMI	
	中性脂肪		mg/dl	HDLコレステロール		mg/dl
	GOT		IU/l	GPT		IU/l
	HbA1c		%	尿糖()		尿蛋白()
		eGFR				ml/分/1.73未満
※これまでの健診結果について						

.....<以下医療機関記入
>.....
市町村衛生主管課長 様

医療機関名

住 所

主 治 医

上記の患者様について 保健指導を依頼しません

保健指導を依頼します (以下の患者様の同意についてご記入ください)

* 保健指導を受けることに関する患者様の同意

同意あり

同意なし

※ 現在の治療状況及び詳細な指導依頼内容につきましては別紙(様式3)をご記入の上、本書とともに送りいただきますようお願いいたします。

【「糖尿病性腎症患者に対する保健指導」の対象者選定基準】

1 糖尿病治療中患者の場合

- (1) 主治医(かかりつけ医等)から糖尿病性腎症について保健指導を依頼された者(様式3を利用)
- (2) 特定健診結果で糖尿病性腎症第3期と想定される者のうち以下についてあてはまる者
 - ① 尿蛋白 1+ 以上 かつ/または
 - ② eGFR 30 ml/分/1.73m² 以上 60 ml/分/1.73m²未満
- (3) 特定健診以外での保健事業において把握した糖尿病性腎症第2期～第4期と想定される者
 - ・糖尿病性腎症第2期及び第4期については、主治医(かかりつけ医等)からの保健指導依頼内容に基づき、保健指導を実施する。
 - ・第4期については、原則、医療連携での管理とする。
ただし、主治医からの依頼に基づき、介入する場合には、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことに十分留意して、療養生活支援を中心として実施する。

2 糖尿病治療中断者の場合

過去に薬物療法の既往または糖尿病受診歴があり、腎機能低下を認める者

3 その他、保険者等が必要と認めた者

※ 対象者に関する留意事項

- ・糖尿病性腎症第3期を優先的に保健指導の対象者とする。
- ・糖尿病性腎症第2期及び第4期については、主治医からの保健指導依頼内容に基づき、保健指導を実施する。
- ・第2期への介入は重要であるが診療による尿アルブミン検査が必須となるため、プログラム実施にあたり尿アルブミン検査の普及啓発も推進する。
- ・保健指導にあたり実施の有無、実施方法に判断を要す場合(高齢者、がん等終末期、認知機能障害、糖尿病透析予防指導管理料算定者等)は主治医(かかりつけ医等)と十分協議の上対応する。