

## 医療から保健への糖尿病保健指導依頼書

年 月 日

保健指導担当課(担当者) 様

医療機関名

主治医

以下のとおり保健指導を依頼します。

TEL

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所		電話番号	職業
糖尿病罹症期間	約 年 (昭・平・令 年 発症・発見)		
診 断 名	糖尿病 : <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常		
	糖尿病腎症 : <input type="checkbox"/> あり ( 2期・3期・4期 ) <input type="checkbox"/> なし		
保健指導依頼内容	<その他の合併症等について>		
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 ( ) <input type="checkbox"/> その他の糖尿病合併症等 ( )		
治療内容	<input type="checkbox"/> 生活状況(環境、食事、運動等)の把握 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 血圧管理 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 服薬管理 ( ) <input type="checkbox"/> 運動指導 ( ) <input type="checkbox"/> 衛生管理 ( ) <input type="checkbox"/> 低血糖、シックデイ指導 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉サービス等に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 運動・食事療法 <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>■食事療法:</b> <input type="checkbox"/> 糖尿病食(標準体重に応じた適正なエネルギーの指導を依頼) <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( ) 単位食・ ( ) kcal <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> たんぱく質制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>■運動療法:</b> <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり ( ) <b>■糖尿病の治療薬</b>  <b>■その他疾患薬</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
血糖コントロール	年 月 日実施 HbA1c _____ % 血糖値(空腹時) _____ mg/dl 血糖値(随時) _____ mg/dl		
検査結果※	身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 血圧 _____ / _____ mmHg 総コレステロール _____ mg/dl LDLコレステロール _____ mg/dl HDLコレステロール _____ mg/dl 中性脂肪 _____ mg/dl AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血清Cr _____ mg/dl 尿中アルブミン _____ mg/gCr 尿蛋白 ( _____ ) eGFR _____ ml/分/1.73m <sup>2</sup>		
連絡事項			

上記情報はわかる範囲でお願いします。

検査結果(※)はデータコピーの添付でも差支えありません。