

**【主治医様 記載】
対象者チェックリスト(裏面)**

糖尿病性腎症重症化予防プログラムは下記のすべてに該当した場合に、参加できます。

本プログラムは **門真市国民健康保険の被保険者(40 ≤ 年齢 ≤ 74)** が対象です。

- 1. 対象者がプログラム参加を希望している
- 2. 門真市 健康増進課への情報提供に同意をしている
- 3. 糖尿病についてフォロー中
- 4. I型糖尿病、人工透析中ではない
- 5. HbA1c(NGSP値) ≥ 6.5% または 空腹時血糖 ≥ 126mg/dl以上 かつ
eGFR < 60ml/min または **蛋白尿 ≥ (±)**

↓
全てに該当した場合に、必要書類を同封し、ご返信ください。

対象者には必要書類をお渡しください。

推薦書を基に、該当者本人にプログラム案内の通知を行います。

1. 【主治医様 記載】保健指導推薦書(本紙)

→ 門真市 健康増進課まで
お送りください。

2. 【対象者様 記載】同意書

3. 【対象者様 記載】参加意向確認書

4. 返信用封筒

} 対象者にお渡しいただき、
必要事項を記入し、市に
返信するように説明くだ
さい。