

★裏面のチェックリストを確認してからご記入ください。

(主治医 記載)

門真市糖尿病性腎症重症化予防プログラム
保健指導推薦書(表面)

私は下記の者を本プログラムの参加者として推薦します。

記入日 年 月 日

推薦者
(主治医氏名)

患者氏名	(フリガナ)			
生年月日・性別	年 月 日	男 ・ 女		
医療機関 (名称・所在地・ 連絡先) ※スタンプ押印 可				
糖尿病罹患期間	約 年(年発症) ・ 不明			
診断名	Ⅱ型糖尿病 【腎症: 期 / 神経障害: あり・なし / 網膜症: あり・なし】 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 脳心血管疾患			
治療内容	☐ 薬物療法 ⇒ (☐ 内服 ☐ 注射) ☐ 食事療法 ⇒ (エネルギー制限 ☐ なし ☐ あり(kcal/日)) (たんぱく質制限 ☐ なし ☐ あり(g/日)) (塩分制限 ☐ なし ☐ あり(g未満/日)) ☐ 運動療法 (☐ 制限あり ☐ 制限なし) ☐ その他 ()			
直近の検査結果 ※検査報告書(写し) の添付でも可	【検査日 : 年 月 日】			
	空腹時血糖 (mg/dl)		以下は、保健指導で使用するもので、可能な範囲 でご記載お願いいたします。	
	食後血糖 (mg/dl)		HDLコレステロール (mg/dl)	
	HbA1C(NGSP値) (%)		LDLコレステロール (mg/dl)	
	eGFR (ml/min)		中性脂肪 (mg/dl)	
	蛋白尿(定性)		尿中アルブミン (mg/gCr)	
	血清クレアチニン (mg/dl)			

裏面も記載ください

門真市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 対象者チェックリスト(裏面)

本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。

- ☐ 1. 門真市国民健康保険被保険者である
- ☐ 2. 年度末年齢が40歳以上74歳以下である
- ☐ 3. 対象者がプログラム参加を希望している
- ☐ 4. 門真市 健康増進課への情報提供に同意をしている
- ☐ 5. 糖尿病についてフォロー中
- ☐ 6. I 型糖尿病、人工透析中ではない
- ☐ 7. HbA1c(NGSP値) $\geq 6.5\%$ または 空腹時血糖 $\geq 126\text{mg/dl}$
かつ
eGFR $< 60\text{ml/min}$ または 蛋白尿 $\geq (\pm)$



●主治医様が記載し、門真市健康増進課までお送りください。

☐ 保健指導推薦書(本紙)

●以下の必要書類を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。

☐ 同意書

☐ 参加意向確認書

☐ 返信用封筒