

〔様式 1〕

糖尿病性腎症重症化予防連絡票

令和 年 月 日

主治医様

市町名（保険者）

担当者名

連絡先（TEL）

下記の方は、糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象基準に該当されました。

対象となる基準には、〔基準 A〕と〔基準 B〕があります。つきましては、以下のようにご協力をよろしくお願いいたします。

〔基準 A〕 糖尿病が疑われるものの、未治療あるいは中断されていると思われる方です。糖尿病であれば、貴医療機関などでの治療（食事療法、運動療法を含む）の継続をお願いいたします。また、保険者による生活習慣指導も可能ですので、ご希望があればお申し付けください。

〔基準 B〕 慢性腎臓病（CKD）が疑われるものの、未治療あるいは中断されていると思われる方です。CKDの重症度分類および糖尿病の有無の診断をお願いいたします。また、CKDの進行を防ぐため、保険者による減塩を中心とした生活習慣指導も可能ですので、ご依頼下さい。

なお、A・Bいずれの場合も歯周病の疑いがある方については、歯科医療機関へ受療を促していただきますようお願いいたします。

対 象 者	ふりがな			
	氏名	性別 男・女		
	生年月日	年	月	日（ ）歳
	住所			

対象者は、以下の☑に該当し、前年度からこれまでの間に医療機関受療歴のない方です。

〔基準 A〕 健診結果より糖尿病が疑われる者

【検査日： 年 月 日

血糖値(空腹・随時) _____ mg/dl、 HbA1c _____ %】

健診未受診者で、過去に糖尿病等による治療歴がある者

〔基準 B〕 尿蛋白が 2 + 以上の者 【健診日： 年 月 日】

eGFR 値が 45 ml/分/1.73 m²未満の者

【健診日： 年 月 日、 eGFR _____ ml/分/1.73 m²】

eGFR 値が 60 ml/分/1.73 m²未満で、低下速度が年間 5 ml/分/1.73 m²以上と思われる者

健診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
eGFR 値 (ml/分/1.73 m ²)			

【 eGFR 低下速度 _____ ml/分/1.73 m²/年（過去 3 回以上の結果より算出）】

※ 福井県では糖尿病腎症予防と CKD 重症化予防を兼ねて対策しております。

※ 受診状況について医療機関に連絡することに関しては、本人より同意を得ております。