

[様式2]

糖尿病性腎症重症化予防保健指導情報提供書

令和 年 月 日

市町担当者様

医療機関名
主治医

基準A 基準B 基準A・B両方

氏名	生年月日	年 月 日	男・女
住所	電話番号		

以下、該当する項目に☑または数値等の記入をお願いします。

[歯・口腔内の状態 (全員)]

- 歯周病が疑われる症状はない
- 右の症状がある
- 歯茎が腫れている 歯がぐらぐらする
 歯茎から出血がある 口臭が気になる
- ↓
- 上記症状に一つでも該当したら歯周病が疑われます
- 歯科医療機関への受診を促した
 歯科医療機関への診療情報提供書を渡した

[基準Aに該当する方]

【検査日： 年 月 日、血糖値(空腹・随時) _____ mg/dl あるいは HbA1c _____ %】

- 糖尿病ではない
- 糖尿病であり、当医療機関または他の医療機関 () にて引き続き治療を継続していただく予定である。

保険者が保健指導を実施することは 適当である 適当でない

[保健指導の指示事項]

※ 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

[基準Bに該当する方]

【検査日： 年 月 日】

尿アルブミン _____ mg/gCr あるいは 尿蛋白 _____ g/gCr	尿蛋白区分	A1	A2	A3
	尿アルブミン (mg/gCr)	<input type="checkbox"/> 30 未満	<input type="checkbox"/> 30~299	<input type="checkbox"/> 300 以上
	尿蛋白 (g/gCr)	<input type="checkbox"/> 0.15 未満	<input type="checkbox"/> 0.15~0.49	<input type="checkbox"/> 0.50 以上

eGFR _____ ml分/1.73m ²	腎機能	<input type="checkbox"/> G1 正常または高値	<input type="checkbox"/> G2 正常または軽度低下	<input type="checkbox"/> G3a 軽度~中等度低下	<input type="checkbox"/> G3b 中等度~高度低下	<input type="checkbox"/> G4 高度低下	<input type="checkbox"/> G5 末期腎不全 (ESKD)
	eGFR (ml分/1.73m ²)	≥90	89~60	59~45	44~30	29~15	<15

- CKDではない (上記 A1G1 または A1G2)
- CKDであり、当医療機関または他の医療機関 () にて引き続き治療を継続していただく予定である。

保険者が減塩を中心とした保健指導を実施することは 適当である 適当でない

[保健指導の指示事項]

※ 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

[他の併発症 (全員)] 2型糖尿病 高血圧 脂質異常症 その他 ()