〔様式３〕

糖尿病性腎症重症化予防 保健指導依頼書 （医療機関 → 市町）

令和　　年　　月　　日

市町保健指導担当課長　様

医療機関名
主　治　医

氏名		生年月日	年　　月　　日	男 ・ 女
住所		電話番号		

〔血糖の状態〕

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

〔腎機能の状態〕（慢性腎臓病の重症度分類）

【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）	☐ 30 未満	☐ 30～299	☐ 300 以上
尿蛋白（g/gCr）	☐ 0.15 未満	☐ 0.15～0.49	☐ 0.50 以上

【検査日：　　年　　月　　日　　eGFR＿＿＿＿ml/分/1.73m²　】

腎機能	☐G1 正常または高値	☐G2 正常または軽度低下	☐G3a 軽度～中等度低下	☐G3b 中等度～高度低下	☐G4 高度低下	☐G5 末期腎不全(ESKD)
eGFR (ml/分/1.73m²)	≧90	89～60	59～45	44～30	29～15	＜15

〔歯・口腔内の状態〕

- ☐ 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

↓

歯周病の疑いがあるため
- ☐ 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

下記の事項について保健指導を実施することが適当である。

☐ 食生活指導　☐ 運動指導
☐ 禁煙指導　☐ その他〔　　〕

糖尿病に加えて、下記の疾患に留意して保健指導を実施することが適当である。

☐ 高血圧　☐ 脂質異常症　☐ 肥満　☐ その他〔　　〕

その他特記事項等（　　）

※ 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