

様式 1

日南市保健指導・栄養指導指示書(□糖尿病 □CKD)

日南市健康増進課長 殿

医療機関名

担当医

※分かる範囲でご記入ください。

ふりがな 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	昭和 年 月 日	職業	
住所			
電話			
該当する病名	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症→ <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 <input type="checkbox"/> 第3期 <input type="checkbox"/> 第4期 <input type="checkbox"/> 第5期		
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患		
	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 CKD重症度分類 G : <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3a <input type="checkbox"/> G3b <input type="checkbox"/> G4 <input type="checkbox"/> G5 <small>※分類は裏面をご参照ください</small> A : <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3		
	<input type="checkbox"/> その他()		
直近データ データ写し可	検査年月日 年 月 日	●血糖値(空腹・随時) mg/dl	●HbA1c %
		●eGFR mL/分/1.73m ²	●尿蛋白定性 -・±・+・2+・3+～
		●尿アルブミン/クレアチニン比 mg/gCr	
現治療状況	<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法(□経口血糖薬 □インスリン療法)		
	<input type="checkbox"/> 定期受診できている <input type="checkbox"/> 受診中断しがち <input type="checkbox"/> 内服中断しがち		
	<input type="checkbox"/> 生活習慣改善が困難 <input type="checkbox"/> その他()		
糖尿病連携手帳	<input type="checkbox"/> 配布済み <input type="checkbox"/> 日南市健康増進課にて配布可		
指示項目	具体的指示内容		
<input type="checkbox"/> 病気の理解			HbA1c 管理目標 %
<input type="checkbox"/> 服薬管理			
<input type="checkbox"/> 生活状況の把握			
<input type="checkbox"/> 減量	目標体重	kg	(現在の体格:身長 cm 体重 kg)
<input type="checkbox"/> 栄養指示 ※裏面をご参照ください	<input type="checkbox"/> エネルギー	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り →	kcal/日
	<input type="checkbox"/> 塩分	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り →	g/未満
	<input type="checkbox"/> カリウム	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り →	mg/日
	<input type="checkbox"/> たんぱく質	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り →	g/日
	<input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り →	ml/日
<input type="checkbox"/> 運動習慣	<input type="checkbox"/> 運動制限あり ※具体的にご記入ください		
留意事項	※特別な指示等がありましたらご記入ください		

【お願い】①特定健診期間中は特定健診もしくは情報提供事業をご利用いただきますようお願いいたします。

②保健指導の内容は、糖尿病連携手帳もしくは、保健指導実施報告書に記載しますが、詳細報告が必要な場合には、健康増進課に連絡をお願いします。

【問い合わせ】日南市健康増進課 電話 31-1129 ※作成: 2018/9/18 作成