

糖尿病保健指導情報提供書（医療機関→外ヶ浜町）

令和 年 月 日

外ヶ浜町役場 福祉課長 殿

医療機関名 _____

主治医氏名 _____

氏名		生年月日	年 月 日生	男・女
住所		電話番号		
診断名	糖尿病（1型・2型・他） その他	検査結果	血糖（空腹時・随時） _____ mg/dl HbA1c _____ %	

該当項目にチェックしてください。

保健指導を実施することが 適当 不適當

必要に応じて、以下への記入もお願いします。

尿蛋白区分	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3
尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30～299	300以上

eGFR区分	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3	<input type="checkbox"/> G3b	G4	<input type="checkbox"/> G5
腎機能	正常または 高値	正常または 軽度低下	軽度～ 中等度低下	中等度～ 高度低下	高度低下	末期腎不全 (ESKD)
数値 (ml/分/1.73m ²)	≥90	60～89	45～59	30～44	15～29	<15

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。

- 食事指導 運動指導 禁煙指導 眼科指導
 口腔衛生指導 服薬指導
 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。

- 高血圧症 脂質異常症 肥満 歯周病
 その他 [_____]

その他留意事項

[_____]