

## 糖尿病性腎症重症化予防事業（栄養食事指導）

### 参加申込書兼同意書

年 月 日

（保険者名）  
東京都薬剤師国民健康保険組合 様

#### <申込者>

フリ ガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
保険証記号番号 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

私は、貴組合が実施する糖尿病性腎症重症化予防事業(栄養食事指導)に参加したいので、下記のこと同意のうえ、かかりつけ医が作成した「糖尿病性腎症保健指導指示書」を添えて申し込みます。

#### 記

- 1 貴組合は、かかりつけ医から指示を受けた内容に基づき、面談・電話等により、生活習慣の改善に向けた保健指導（栄養・食事指導）を行うこと。
- 2 貴組合が実施するこの事業は、公益社団法人東京都栄養士会に委託して実施するものであること。
- 3 保健指導の期間は概ね6か月程度であり、その間、貴組合（事業委託先を含む。）とかかりつけ医が必要に応じて診療情報等の保健指導に必要な情報を共有すること。
- 4 保健指導終了後、貴組合がその結果をかかりつけ医に報告すること。

※ かかりつけ医（医療機関）をご記入ください。

医療機関名	:	
主治医名	:	
電話番号	:	( )

## 糖尿病性腎症保健指導指示書

年 月 日

東京都薬剤師国民健康保険組合 様

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師名：

④

ふりがな 患者の氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 ( 歳)	職業	
住 所				
傷 病 名  〔 該当するものに ○をつけてくだ さい 〕	2型糖尿病 糖尿病性腎症 ( 期) 糖尿病性網膜症 ( 無 ・ 有 )、糖尿病性神経障害 ( 無 ・ 有 ) 高血圧症、脂質異常証、虚血性心疾患 その他 ( )			
家 族 歴	糖尿病の家族歴 ( 無 ・ 有 ・ 不明 )			
現在の治療状況 今後の治療方針	食事療法	エネルギー摂取量 _____ kcal 炭水化物比率 (50% ・ 55% ・ 60%)		
	運動療法			
	薬物療法			
保健指導における 具体的な指示事項	目標体重	: _____ kg (現在 _____ kg)		
	塩分制限	: 無 ・ 有 ( _____ g)		
	たんぱく質制限	: 無 ・ 有 ( _____ g)		
	カリウム制限	: 無 ・ 有 ( _____ mEq)		
	その他	: ( _____ )		
検査データ  〔 検査日 年 月 日 〕	血 糖	(空腹時・随時) mg/dl	血 圧	/ mmHg
	eGFR	ml/分/1.73 m <sup>2</sup>	HbA1c	%
	アルブミン尿	mg/gCr	尿蛋白	
その他の 留意事項	<input type="checkbox"/> 生活習慣改善が困難である <input type="checkbox"/> 治療が中断しがちである <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			