様式２

（糖尿病性腎症重症化予防事業　医療機関→地域）

連　　絡　　票

令和　　年　　月　　日

市民課　各位

下記の方は医療機関にて治療をしておりますが、糖尿病性腎症重症化を予防するため、貴市による保健指導をお願いします。

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主　治　医＿＿＿＿＿＿＿＿（ＴＥＬ）＿＿＿＿

担当看護師＿＿＿＿＿＿＿＿（ＴＥＬ）＿＿＿＿

フリガナ		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日 （　　歳）
氏名			
住所		連絡先 （TEL）	
同意日	令和　　年　　月　　日	身長　　ｃｍ　　体重　　ｋｇ	
所見（病名・治療状況等）			
服薬内容	**※お薬手帳参照**		
合併症			
糖尿病の状態	**※検査データの写しを添付**		
糖尿病性腎症	糖尿病性腎症病期（慢性腎臓病） ☐１期　☐２期　☐３期　☐４期　☐５期 ※ＣＫＤ腎臓機能区分 ☐Ｇ１　☐Ｇ２　☐Ｇ３ａ　☐Ｇ３ｂ　☐Ｇ４　☐Ｇ５ ※必須記載事項ではありません		
保健指導依頼内容	（　　）生活習慣等の指摘 （　　）栄養指導・・・指示カロリー　１．有　＿＿kcal　２．無 炭水化物　６０％・５５％・５０％　E比 タンパク質制限　１．有　＿＿g　２．無 カリウム制限　１．有　２．無 塩分制限　１．有　＿＿g　２．無 水分制限　１．有　＿＿ml　２．無 （　　）その他 〔　　〕		
	指導にあたっての注意事項 ※運動制限（　有　・　無　）散歩・ストレッチまで		
その他			