

糖尿病性腎症重症化予防プログラム指示書兼推薦書

年 月 日

（宛先）大田区長

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

☐ ←大田区国保加入者(74歳以下)であることを確認し、
チェックボックスに ☒ を入れてください

フリガナ 患者氏名			性別	男 ・ 女	
生年月日	年 月 日 (歳)		職業		
住所	大田区				
糖尿病性腎症の病期 (いずれかに ○)	第2期 ・ 第3期 ※選定基準を裏面に参考掲載				
合併症・既往歴 (該当するものに ✓)	☐ 糖尿病性網膜症 ☐ 糖尿病性神経障害 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 虚血性心疾患 ☐ その他 ()				
現在の治療状況	運動療法	無 ・ 有 ()			
	薬物療法	無 ・ 有 ()			
検査データ (検査日 年 月 日) ※直近3か月以内	身長	cm	体重	kg	
	血圧	/ mm Hg	血糖 (空腹時・随時)	mg/dl	
	HbA1c	%	血清クレアチニン	mg/dl	
	eGFR	ml/分/1.73 m ²	血清カリウム	mEq/l	
	アルブミン尿	mg/gCr	尿蛋白		
保健指導における 具体的な指示事項 必ずご指示願います	食事療法	目標体重	kg		
		エネルギー摂取量	kcal		
		塩分制限	無 ・ 有 (5 ・ 6 ・ 7 ・) g		
		たんぱく質制限	無 ・ 有 (30 ・ 40 ・ 50 ・) g		
		カリウム制限	無 ・ 有		
	運動療法	無 ・ 有 ()			
その他留意事項	☐ 生活習慣改善が困難である。 ☐ 治療が中断しがちである。 ☐ その他 ()				

裏面：参考事項

糖尿病性腎症保健指導対象者の選定基準

糖尿病性腎症の病気が第2期・第3期相当の者としてかかりつけ医が推薦する者で

下記1. 2の両方の条件を満たす者。

1. 糖尿病であること【(1)(2)のいずれかに該当】

- (1) 空腹時血糖 126 mg/dl 以上 又は HbA1c6.5%以上
- (2) すでに2型糖尿病と診断され、通院加療中

2. 腎機能が低下していること【(1)(2)のいずれかに該当】

- (1) 尿蛋白(±) 又は、尿中アルブミン 30 mg/gCr 以上
- (2) eGFR 30~60ml/分/1.73 m²

※なお、次のいずれかに該当する者は除く。

- ・ 1型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者
- ・ 認知機能障害がある者
- ・ 糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者

※後期高齢者医療保険に加入している方(75歳以上)は、本事業の対象外です。

《かかりつけ医の先生へ》

- (1) 指示書兼推薦書の作成料は、対象者の決定後支払います。
- (2) 保健指導における具体的な指示事項が明確でない場合は、保健指導実施医療機関の管理栄養士から連絡又は区が提供している糖尿病治療用パンフレット等を参考にして食事療法等の保健指導を行います。