

令和〇〇年〇〇月〇〇日

主治医 殿

鹿児島市糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導 連絡票

平素より、本市の保健事業へのご協力を賜り、誠にありがとうございます。

下記患者様につきまして、特定健康診査の結果、かかりつけ医等と連携した保健指導の対象者（糖尿病性腎症リスクの高い方・糖尿病治療中断の方）に該当いたしました。

つきましては、ご多忙中大変恐縮ですが、下記 様式1「保健指導に関するご意見」にご記入のうえ、同封の返信用封筒で郵送くださいますよう、よろしくお申し上げます。

なお、ご意見に基づき実施した保健指導の内容は、患者様がお持ちの「鹿児島市糖尿病性腎症重症化予防プログラムノート（P13～21 保健指導実施報告）」で、ご報告させていただきます。

氏名	様	年齢	歳	性別	
住所					
特定健診結果	受診日・受診場所	令和〇年〇〇月〇〇日・〇〇〇〇〇〇〇〇			
BMI	空腹時血糖	HbA1c	eGFR	尿蛋白	血压
	mg/dℓ	%	mL/分/1.73 m ²		/ mm Hg
本人同意	<input type="checkbox"/> 本市が実施する保健指導のためのご本人情報について、かかりつけ医と本市で共有することにご本人の同意を得ています (鹿児島市糖尿病性腎症重症化予防プログラムノート P2 保健指導の同意書あり)				

国保で入力

切り離さないでください

様式1【医療機関→鹿児島市】

鹿児島市御中

【医療機関記入欄】保健指導に関するご意見

※該当するものに、か記載のほどよろしくお願いたします。

(糖尿病専門医へ紹介される場合は、紹介先で本用紙を記入していただくよう患者様へお伝えください。)

ご記入日	令和 年 月 日
受診日	令和 年 月 日
診断名 (合併症も含む)	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症(1期・2期・3期) <input type="checkbox"/> その他の腎疾患() <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 末梢血管障害 <input type="checkbox"/> その他()
保健指導に関するご意見・情報提供	<input type="checkbox"/> 本事業での保健指導の実施を了承する 次回受診()月受診予定 <input type="checkbox"/> 食事・運動指導 () ※具体的な指示等ありましたらご記入ください <input type="checkbox"/> その他(服薬状況 等) () ※何か情報提供などありましたらご記入ください <input type="checkbox"/> 本事業での保健指導の実施を了承しない → <input type="checkbox"/> 自院で指導予定のため <input type="checkbox"/> その他()
医療機関名等	医療機関名・連絡先： 担当医師名：

国保で入力

事業全体に関する問い合わせ
鹿児島市国民健康保険課
電話 099-808-7505

患者様の保健指導を担当する部署
鹿児島市〇〇保健センター・保健福祉課
電話 099-〇〇〇-〇〇〇〇