　 　年　　月　　日

情報提供先市町村　　　　　　　　　　　　　市町村長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元医療機関の所在地及び名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

|  |
| --- |
| 患者氏名  性別（ 男 ・ 女 ）　　生年月日 　明 ・ 大 ・ 昭　　 年　　月　　日生（　　　歳）　　職業  住所  電話番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療形態 | １．外来　　２．往診　　３．入院　（　　　 　年　　月　　日） | | | | | 情報提供回数　　　回 |
| 病名  （疑いを含む） | ※　該当項目にチェックしてください。  □２型糖尿病　　　　　□糖尿病性腎症（ステージ　　　）　　□糖尿病網膜症  □糖尿病性神経障害　　□高血圧　　　　□虚血性心疾患　　　□脳血管障害  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 診療開始年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 受診年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 発症年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 初発／再発 | | １　初発　　　　　２　再発　（　　年　　　月　　日初発） | | | |
| その他の傷病名 |  | | | | | |
| 病状・既往歴  治療状況等 |  | | | | | |
| 訪問診療　　　　有　 ・　 無 | | | | 訪問看護　　　　有　 ・　 無 | |
| 寝たきり度（該当するものに○） | | Ｊ 　・ 　Ａ　 ・　 Ｂ　・ 　Ｃ | | | | |
| 日常生活活動（ＡＤＬ）の状況  （該当するものに○） | | ①移動 　 ②排泄　 ③着替　　 ④食事　 ⑤入浴　　 ⑥整容  　　※　該当する項目番号を、以下に記入してください。  （一部介助　　　　　　　　　　全面介助　　　　　　） | | | | |
| 認知症である老人の日常生活自立度（該当するものに○） | | | | Ⅰ 　・ 　Ⅱ　 ・　 Ⅲ　 ・ 　Ⅳ　 ・ 　Ｍ | | |

|  |
| --- |
| 必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容  　糖尿病性腎症重症化予防に係る保健指導プログラムへの参加 |

|  |  |
| --- | --- |
| 検査数値等 | （　　　　 　年　　月　　日現在）  身長　　　　　　cm　　体重　　　　　kg　　血圧　　　　　　／  HbA1c（NGSP）　　　 ％　　血糖　　　mg/dl（空腹時 ・ 　食後　　　時間）  eGFR 　 　　ml/分/1.73㎡　　血清クレアチニン　　　　mg/dl  尿蛋白　　－　･　±　･　１＋　･　２＋　･　３＋  尿蛋白（定量）　　　　　　g/gCr　　 尿アルブミン指数　　　　　mg/gCr |
| 保健指導に関する指示事項 | |
| ◆保健指導に当たっての目安などの留意事項等  　□１日摂取エネルギー量　**kcal**　　□１日塩分摂取量　　**ｇ**  　□１日蛋白質摂取量　**ｇ**　　□運動制限　無 ・ 有（　　　　　　　　　　　）  　□その他 | |

１　必要がある場合には、続紙に記載して添付してください。

２　上記の項目のうち、病名から不必要なもの、記載できないものについては、斜線を引いてください。

３　必要がある場合には、家庭環境等についても記載してください。