

# 北区国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防 生活指導確認書

年 月 日

東京都北区長 様

医療機関名

住所

電話番号

医師名

印

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 （ 歳）		
住 所	（〒 — ）		
傷病名 <small>（該当するものに○をつけてください）</small>	2型糖尿病、糖尿病性腎症（ 期） 糖尿病性網膜症（無・有・不明） 糖尿病性神経障害（無・有・不明） 高血圧症、脂質異常症、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 <small>（検査日 年 月 日）</small>	血糖 <small>（空腹時・随時）</small>	mg/dl	血圧 / mmHg
	eGFR	ml/分/1.73m <sup>2</sup>	HbA1c %
	尿蛋白		アルブミン尿 （任意） mg/gCr
その他留意事項			