様式１

年　　月　　日

〇〇病院　主治医　様

糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導連絡票

〇〇町保健指導担当課長

平素より大変お世話になっております。
貴院通院中の患者様について，連絡させていただきます。
〇〇　〇〇様は，旭川市医師会及び上川郡中央医師会を含めて合意された旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基準により保健指導の対象に該当いたします。主治医であられる先生の御了解が得られましたら〇〇市（町）の保健師・管理栄養士により保健指導を行いたいと思いますが，
（1）保健指導の可否　　（2）保健指導の留意事項
について御指示をいただければと存じます。
御多忙中大変恐縮ですが，下記の内容を御記入の上，同封の返信用封筒で郵送していただきますようお願い申し上げます。
なお，実施しました保健指導の内容については，「糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導実施報告書」にて御報告させていただきます。
どうぞよろしくお願いいたします。

氏　名	（男・女）	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
住　所		電話番号	ー　　　ー
担当者	保健師・管理栄養士	担当者 連絡先	

(1) 保健指導の可否　※どちらかにレ点を記入してください。

☐　対象者については，保健指導を実施することを了承する。

☐　対象者については，保健指導を実施することは適当ではない。

理由:

(2) 保健指導の留意事項　※必要に応じて，以下についてレ点等を記入してください。

次の事項について保健指導することが適当である。
- ☐　食生活指導
- ☐　運動指導
- ☐　禁煙指導
- ☐　その他

糖尿病に加えて，次の疾患に留意して保健指導を実施することが適当である。
- ☐　高血圧症
- ☐　脂質異常症
- ☐　肥満
- ☐　その他

治療における目標HbA1c　＿＿＿＿＿＿％

その他留意事項

記入日 年　月　日	医療機関名		医師名	