

## 保健指導依頼書

年 月 日

〇〇保険者の長 様

医療機関名

主治医氏名

所在地・電話番号

下記のとおり、保健指導を依頼します。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------|
| 患者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ( 男 ・ 女 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳 ) |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 電話番号 |                |
| 治療状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>● 糖尿病</p> <p>罹病期間：約 年、 か月 ( 年 月頃から)</p> <p>最近 1 年間の血糖コントロール状況：HbA1c 約 _____ %</p> <p>尿蛋白 ( - ± + Ⅱ Ⅲ ) アルブミン定量 (尿) _____ mg/gCr</p> <p>eGFR ( _____ ml/分/1.73 m<sup>2</sup>) クレアチニン ( _____ mg/dl)</p> <p>現在の治療内容</p> <p><input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> インスリン・GLP-1 など</p> <p>● その他の疾患</p> <p>疾患名： _____</p> <p>治療開始時期や経過</p> <p>検査結果等 検査データ等添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> |      |                |
| 処方薬                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり 処方薬：</p> <p>添付資料（処方箋の写し等） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                |
| <p>※ 何をポイントとした指導を希望されるか、御指示ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 食事指導 総エネルギー _____ 蛋白質 _____</p> <p>塩分 _____ カリウム _____</p> <p><input type="checkbox"/> 運動指導</p> <p><input type="checkbox"/> 服薬指導</p> <p><input type="checkbox"/> 禁煙指導</p> <p>その他具体的な指示内容があれば御記入ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |                |

※ 参考様式 3 と同時に提出する場合は、重複する項目については記載する必要はありません。