**保 健 指 導 依 頼 書**

参考様式　４

　　年　　月　　日

　○○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　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |
| 治療状況 | * 糖尿病

罹病期間：約　　　年、　　か月　（　　　　年　　　月頃から）　最近１年間の血糖コントロール状況：HbA1c　約　　　　％尿蛋白（　－　±　＋　⧺　⧻　） アルブミン定量（尿） mg/gCreGFR（　　　 　ml/分/1.73㎡）　　クレアチニン（　　　　　mg/dl）現在の治療内容　□生活指導　　□内服治療　　□インスリン・GLP-1など　　　　　　　* その他の疾患

疾患名：　　　　　　　　　治療開始時期や経過検査結果等　検査データ等添付　□ あり　□ なし |
| 処方薬 | * なし
* あり　処方薬：

添付資料（処方箋の写し等）　□ あり　□ なし |
| * 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。

□ 食事指導　　総エネルギー　　　　　　　　蛋白質　　　　　　　　　　　　　　　 塩分　　　　　　　　　　　　カリウム　　　　　　　□ 運動指導□ 服薬指導□ 禁煙指導その他具体的な指示内容があれば御記入ください。 |

※ 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。