**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/gCr  eGFR（　　　 　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。