

網掛け部は主治医が記載

作成日： 年 月 日

対象者氏名 (自署)		生年月日		昭和 年 月 日生(歳)		
住所 鎌倉市			電話番号			
鎌倉市国民健康保険/後期高齢者医療被保険者番号 ※鎌倉市後期高齢者医療の場合は、8桁の番号のみとなります。		記号	0	5	番号	
医療機関名 住所 主治医(かかりつけ医) (自署または押印)						
病名	2型糖尿病 <input type="checkbox"/> あり (必須)		治療歴等	高血圧 <input type="checkbox"/> あり→服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			<input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> ACE阻害薬		
	糖尿病神経症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			脂質異常症 <input type="checkbox"/> あり→服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> あり			その他(疾患名) 服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	脳血管障害 <input type="checkbox"/> あり			※服薬中の場合は、処方箋(お薬手帳)の写しを添付してください		
検査値等	eGFR (必須)	(前年度あれば) 年 月 日	ml/分/1.73m ²	尿蛋白 (定性) (必須)	+	
		(現在) 年 月 日	ml/分/1.73m ²		+	
	身長	cm	体重	kg	血压	mmHg
	血糖	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時	HbA1c	%	尿中アルブミン (あれば)	mg/dl mg/gCr
	身体活動レベル	I度・II度・III度		※最近の生化学検査データがあれば、写しを添付してください		

上記の対象者について、鎌倉市糖尿病重症化予防事業腎症予防型を利用します。

保健指導の目標値等について主治医の指示内容があればご記入ください。

目標体重	kg	目標BMI	
エネルギー量	kcal	塩分量	g/日
栄養	<input type="checkbox"/> 食事のバランス <input type="checkbox"/> 体重管理 <input type="checkbox"/> その他 ()		
生活習慣	<input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 ※心疾患・呼吸器疾患等により注意事項があれば記載		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 経口血糖降下剤 <input type="checkbox"/> 高脂血症治療薬		

主治医からのコメント

()

保健指導実施前評価 (検討会記入欄) ※保健指導実施中の場合もあり

評価日 [年 月 日]
【検討会医師からのコメント】
検討会医師名 []

身体活動レベルごとの生活内容(目安)
 I度…生活の大部分が座位で、静的な活動が中心の場合
 II度…座位中心の仕事だが、職場内での移動や立位での作業・接客等、あるいは通勤・買物・家事、軽いスポーツ等のいずれかを含む場合
 III度…移動や立位の多い仕事への従事者。あるいは、スポーツなど余暇における活発な運動習慣をもっている場合

