様式４

鎌倉市糖尿病重症化予防事業腎症予防型　経過連絡票

□国保　□後期

保健指導終了日：〔　　年　月　日〕

対象者氏名（ふりがな）		生年月日	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 主治医（かかりつけ医）　（自署または押印）			
検査日（【　】回目）　年　月　日			

検査値等	eGFR（必須）	今回値 ml/分/1.73㎡		前回値（あれば）（　年　月　日） ml/分/1.73㎡		
	HbA1c（必須）	%	身長	cm	体重	kg
	血圧	／　mmHg	血糖	□空腹時　□随時 mg/dl	尿中ｱﾙﾌﾞﾐﾝ	mg/dl mg/gCr
	身体活動レベル	Ⅰ度・Ⅱ度・Ⅲ度		尿蛋白（定性）	ー・±・＋・＋＋・＋＋＋	
	※当該の生化学検査結果のデータがあれば写しを添付してください。 特に次の項目について検査値提供をお願いします。［K・LDL・CRE・UA・BUN］					
治療状況	高血圧 □あり→服薬 □あり　□なし □ARB　□ACE阻害薬 脂質異常症 □あり→　服薬 □あり　□なし その他疾患 □あり→（疾患名　） 服薬 □あり □なし ※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			療養状況	【服薬管理】 【食事】 【運動】	

【主治医通信欄】

検討会による経過の評価

【検討会医師からのコメント】

確認日〔　年　月　日〕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