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）	－・±・＋・＋＋・＋＋＋								
	※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