

保健指導依頼書

年 月 日

〇〇保険者の長様

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	<p>● 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 ( - ± + Ⅱ Ⅲ ) アルブミン定量 (尿) _____ mg/gCr                      eGFR ( _____ ml/分 1.73 m<sup>2</sup>) クレアチニン ( _____ mg/dl)                      現在の治療内容  <input type="checkbox"/>生活指導 <input type="checkbox"/>内服治療 <input type="checkbox"/>インスリン・GLP-1 など</p> <p>● 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 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>		
処方薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処方薬： 添付資料 (処方箋の写し等) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<p>※ 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 食事指導 総エネルギー _____ 蛋白質 _____                      塩分 _____ カリウム _____</p> <p><input type="checkbox"/> 運動指導  <input type="checkbox"/> 服薬指導  <input type="checkbox"/> 禁煙指導</p> <p>その他具体的な指示内容があれば御記入ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>			

※ 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。