

## 北区糖尿病性腎症重症化予防 生活指導確認書

年 月 日

東京都北区長 様

医療機関名

住所

電話番号

医師名（自署）

フリガナ 患者氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	( 年 月 日 ( 歳) )	プログラム実施に当たり性別情報が必要なため、法律上(戸籍)の性別を記入してください。		
住 所	(〒 — )			
傷病名 (該当するものに○をつけてください)	2型糖尿病、糖尿病性腎症 ( 期) 糖尿病性網膜症 (無・有・不明) 糖尿病性神経障害 (無・有・不明) 高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患 その他 ( )			
家 族 歴	糖尿病の家族歴 ( 無 ・ 有 ・ 不明 )			
現在の治療状況 今後の治療方針	食事療法	エネルギー摂取量 _____ kcal 炭水化物比率 ( 50% 55% 60% )		
	運動療法			
	薬物療法			
保健指導における 具体的な指示事項	目標体重 : _____ kg (現在 _____ kg) 塩分制限 : 無 ・ 有 ( _____ g) たんぱく質制限 : 無 ・ 有 ( _____ g) カリウム制限 : 無 ・ 有 ( _____ mEq) その他 : ( )			
検査データ (検査日 年 月 日)	血糖	(空腹時・随時) mg/dl	血圧	/ mmHg
	eGFR	ml/分/1.73m <sup>2</sup>	HbA1c	%
	尿蛋白		アルブミン尿 (任意)	mg/gCr
その他留意事項				