

広島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成28年6月21日策定

令和2年9月4日一部改定

広島県医師会
広島県医師会糖尿病対策推進会議
広島県

1 本プログラムの趣旨

本県の平成28年における健康寿命（健康上の理由で日常生活が制限されることなく生活できる期間）は、男性が71.97年（全国第27位）、女性が73.62年（全国第46位）となっている。

今後も高齢化が進む中で、健康寿命を延伸させることが、県民の幸福のみならず、医療保険及び介護保険といった社会保障制度の安定的維持につながる。

特に、日常生活が大きく制限され、患者の肉体的・精神的負担が大きい人工透析は、その約4割が糖尿病性腎症を原疾患とするものである。

また、糖尿病は放置するとその他にも網膜症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させる。

本県では、「健康ひろしま21（第2次）」において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群や、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数等、糖尿病の発症から重症化まで、その減少数を数値目標として掲げ、様々な取組を進めているが、現状と目標数値との乖離は大きく、一層の取組の強化が必要となっている。

このような中で、速やかに糖尿病性腎症重症化予防のためのプログラムを策定するため、平成28年6月10日に、広島県医師会、広島県医師会糖尿病対策推進会議及び広島県は「健康寿命の延伸に向けた糖尿病性腎症重症化予防に係る広島県連携協定」を締結し、この協定に基づき、県内における取組を促進するため、広島県医師会、広島県医師会糖尿病対策推進会議及び広島県が協働して本プログラムを策定した。

このたび、更なる取組の拡大と取組内容の充実に向けて、本プログラムを改定する。

なお、本プログラムに定める以外の取組の考え方や具体的取組例等については、平成28年4月20日付けで、厚生労働省が日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び都道府県に発出し、平成31年4月25日付けで改定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準ずるものとする。

2 基本的考え方

（1）目的

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対してかかりつけ医の判断により保健指導対象者を選定し、糖尿病管理の徹底により合併症である腎不全、人工透析への移行を防止する又は遅らせることを目的とする。

（2）本プログラムの性格

本プログラムは、県内の各医療保険者による全県的展開を目指して、その実施が容易となるよう、取組の考え方や関係者の役割分担例等を示すものである。

このため、各医療保険者における取組内容については、地域の実情に応じ柔軟に対応することが可能であり、現在各医療保険者において既に行われている取組を尊重するものである。

また、将来的に事業の効率的・効果的な実施や質の高い分析・評価を行うため、県内同一基準による事業実施を目指し、具体的な対象者の選定や保健指導の在り方に関する標準的なプログラム（別紙）を併せて示すものである。

（3）取組に当たっての関係者の役割

地域における取組を検討するに当たっては、次の役割分担例を念頭に関係者が密接に

連携して対応するものとする。

（市町の役割）

① 地域における課題の分析

自治体において健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析し、地域の関係団体とともに問題認識の共有を行う。

分析に当たっては、その地域が有する保健医療等に関する資源の実態（糖尿病透析予防指導管理料届出医療機関等の社会資源、糖尿病専門医や糖尿病療養指導士などの専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにする。

② 対策の立案

①で明らかになった課題について、取組の優先順位等を考慮し、対策を立案する。

立案に当たっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。

その際、地域の医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。

③ 対策の実施

②の議論の結果に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、広島県国民健康保険団体連合会による支援や、民間事業者への委託なども考えられる。

④ 実施状況の評価

③で実施した事業について、その結果を評価し、PDCA サイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

なお、以上の内容は例示であり、それぞれの地域の実情に応じた取組を尊重する。

（広島県国民健康保険団体連合会の役割）

市町国民健康保険が実施する地域における課題の分析や事業実施を効率的に行うための支援を行うため、市町及び県との連携を図る。

（県の役割）

市町における事業実施状況をフォローするとともに、円滑な事業実施を支援する観点から、県レベルで広島県医師会や広島県医師会糖尿病対策推進会議等と県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

また、県レベルで広島県医師会や広島県医師会糖尿病対策推進会議等と議論し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について議論を行う等、県内各医療保険者における取組が円滑に実施できるよう支援する。

（広島県後期高齢者医療広域連合の役割）

広島県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）は、後期高齢者について、上記に記載した市町と県の両者の役割を担うとともに、特に実施面では、市町に上記の役割を果たしてもらうよう、市町との連携を図る。

（全国健康保険協会広島支部及び広島県健康保険組合連合会所属の各団体の役割）

全国健康保険協会広島支部及び広島県健康保険組合連合会に所属する各団体は、上記に記載した市町の役割と同様に当該団体に所属する加入者に係る健康課題の分析、対策の立案、対策の実施、実施状況の評価を行うよう努める。

（広島県医師会糖尿病対策推進会議の役割）

広島県医師会糖尿病対策推進会議は、プログラムを構成団体に周知し、県民や患者への啓発、医療従事者への研修に努めるとともに、自治体における地域医療体制の構築に協力するものとする。

（広島県医師会の役割）

広島県医師会は、かかりつけ医と専門医等との連携強化により、地域における連携体制の構築に向けてプログラムを市郡地区医師会に周知するなど、事業の円滑な実施に協力する。

標準的な糖尿病性腎症重症化予防プログラム

1 目的

糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者・治療中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対してかかりつけ医の判断により保健指導対象者を選定し、糖尿病管理の徹底により合併症である腎不全、人工透析への移行を防止する又は遅らせることを目的とする。

2 対象者の抽出基準及び決定方法

(1) 未治療者

医療保険者（以下「保険者」という。）が、特定健康診査データ（以下「健診データ」という。）から次の①～④のいずれかに該当する方（血糖・HbA1c とその他の両方の条件を満たす方）で、かつ、レセプトデータと照合して未治療の方を抽出し、改めて被保険者であることを確認した上で決定する。

	血糖・HbA1c	その他	
		血清クレアチニンを測定していない場合	血清クレアチニンを測定している場合
①	空腹時血糖 126mg/dl 以上 (又は随時血糖 200mg/dl 以上) かつ HbA1c 6.5%以上	尿蛋白 1+以上(又は微量アルブミン尿 30mg/gCr 以上(尿中アルブミンを測定している場合))	
②	空腹時血糖 126mg/dl 以上 (又は随時血糖 200mg/dl 以上) かつ HbA1c 6.5%以上		eGFR が基準値(60ml/分/1.73 m ²)未満
③	空腹時血糖 140mg/dl 以上 又は HbA1c 7.0%以上	尿蛋白 1+以上(又は微量アルブミン尿 30mg/gCr 以上(尿中アルブミンを測定している場合))	
④	空腹時血糖 140mg/dl 以上 又は HbA1c 7.0%以上		eGFR が基準値(60ml/分/1.73 m ²)未満

(2) 治療中断者

保険者が、レセプト・健診データから次のいずれかに該当する方を抽出し、改めて被保険者であることを確認した上で決定する。

- ① 通院中の患者で最終の治療日から6か月経過しても治療した記録がない方
- ② 過去3年間の健診データから糖尿病であることが明らかな方（糖尿病治療歴が有り、次のいずれかに該当する方）で、最近1年間に受療歴がない方
 - ・ 空腹時血糖 126mg/dl 以上（又は随時血糖 200mg/dl 以上）かつ HbA1c 6.5%以上
 - ・ 空腹時血糖 140mg/dl 以上
 - ・ HbA1c 7.0%以上
 - ・ 糖尿病薬（経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1 受容体作動薬）の使用歴有り

※ 本プログラムは、医療保険者直営実施の例示であり、この方法以外もあり得る。

(3) 保健指導参加候補者

保険者が、レセプト・健診データから糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる方(別表)を抽出し、改めて被保険者であることを確認した上で決定する。

なお、次のいずれかに該当する方は除外する。

- ① 1型糖尿病の方及びがん等で終末期にある方
- ② 認知機能障害がある方。ただし、周囲に介護者等がおりプログラムを実施することが可能な方はこの限りではない。
- ③ 糖尿病透析予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象となっている方

3 受診勧奨

(1) 受診勧奨の方法

保険者が、上記2(1)及び(2)で決定された方に対し、個別に、医療機関の紹介を含め受診勧奨を行う。

なお、上記2(1)③、④は重症度が高いと考えられるため、訪問又は電話による受診勧奨を行う。

(2) 受診勧奨の評価指標

受診勧奨の評価指標は、次のとおりとする。

- ① 未治療者の治療開始状況(治療開始人数(率)、未治療の場合は、その理由)
- ② 治療中断者の治療再開状況(治療再開人数(率)、治療未再開の場合は、その理由)
- ③ 未治療者及び治療中断者の受療継続の状況(受療中断の場合は、その理由)

4 保健指導

(1) 保健指導の内容(別表及び別紙1を参照)

- ① 糖尿病治療ガイド(日本糖尿病学会編)に則り、かかりつけ医や専門医と協働して、病期に合致したものとする。
- ② 多職種によるチームにより、各地域の社会的資源を活用するなど、一人ひとりの状況に応じた具体的な保健指導プログラムを作成し実施すること。
- ③ 効果的な行動変容及び自己管理の指導方法が含まれていること。
- ④ 糖尿病患者への臨床経験がある者又は糖尿病患者への保健指導実施のための教育等を受けている者が直接の保健指導を行うこと。具体的には、糖尿病療養指導士のように糖尿病に対する十分な知識と臨床経験を持って指導が可能な者が望ましい。

(2) 保健指導対象者の選定

保健指導対象者は、上記2(3)で決定された保健指導参加候補者(以下「候補者」という。)のうち、保健指導への参加について、本人及びかかりつけ医の同意があった方(その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した方は除く。)を対象とする。ただし、糖尿病性腎症の病期が第4期の方は、保健指導により病状の維持又は改善が見込めるとかかりつけ医が判断した方とする。また、第2期の方は、特に保健指導が必要であるとかかりつけ医が判断した方とする(家族歴の有無などを考慮)。

(3) 保健指導実施までの手順

ア 候補者の同意とかかりつけ医の指示書

(ア) 候補者が治療中の方の場合

- ① 保険者は、候補者に対し、次のことを行う。
 - ・ かかりつけ医に相談の上、保健指導を受けるよう参加勧奨を行う。
 - ・ 参加する場合、同意書（参考様式1）を作成し、保険者あてに提出するよう説明する。
- ② 保険者は、候補者のかかりつけ医に対し、次のことを依頼する。
 - ・ 候補者のうち保健指導を要すると判断（同意）した方へ参加勧奨する。
 - ・ 候補者が参加に同意した場合、治療及び保健指導方針について候補者と協議の上、指示書（参考様式2）を作成する。
 - ・ 作成した指示書（参考様式2）を保険者あてに提出する。

(イ) 候補者が未治療及び治療中断の方の場合

- ① 保険者は、候補者に対し、次のことを行う。
 - ・ 糖尿病性腎症の管理の必要性を説明し、速やかに受診するよう受診勧奨を行う。
 - ・ 受診医療機関の医師に相談の上、保健指導を受けるよう参加勧奨を行う。
 - ・ 参加する場合、同意書（参考様式1）を作成し、保険者あてに提出するよう説明する。
- ② 保険者は、候補者の受診医療機関に対し、次のことを依頼する。
 - ・ 候補者のうち保健指導を要すると判断（同意）した方へ参加勧奨する。
 - ・ 候補者が参加に同意した場合、治療及び保健指導方針について候補者と協議の上、指示書（参考様式2）を作成する。
 - ・ 作成した指示書（参考様式2）を保険者あてに提出する。

イ 保健指導の実施及び情報の共有

保険者は、次のことを実施する。

- ・ 参加を同意した方（以下「参加者」という。）に対し、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施する。
- ・ かかりつけ医に、検査結果報告書（参考様式3）により検査結果の提出を依頼する。
- ・ 適宜、参加者に検査値等を確認するとともに、糖尿病連携手帳等を活用し、参加者及びかかりつけ医等と情報を共有する。
- ・ 必要に応じて、保健指導の実施状況をかかりつけ医へ報告する。
- ・ 保健指導終了後は実施結果を報告する。

(4) 保健指導の評価指標（比較：指導前・指導後，介入群・非介入群，網膜症有・網膜症無）

- ① 検査値（健診・医療）：随時血糖・HbA1c，血清クレアチニン（eGFR），尿蛋白，血圧，体重（BMI），脂質（コレステロール），病期，網膜症の有無
- ② 問診：服薬状況，行動変容（禁煙・塩分・飲酒・蛋白摂取量・身体活動量・口腔ケア），QOL（生活の質），自己管理の実施状況
- ③ レセプトデータ：外来医療費，医療機関への継続受診
- ④ 脱落者数（率）（脱落理由）

5 かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携

糖尿病患者への医療提供に当たり、かかりつけ医と糖尿病専門医及び腎臓専門医は患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて紹介、逆紹介を行うなど連携して患者を中心とした医療を提供する。

なお、糖尿病専門医及び腎臓専門医への紹介、逆紹介は、原則として、別紙2「糖尿病治療における紹介・逆紹介の目安について」に基づき行う。

また、糖尿病性腎症以外の網膜症、神経障害などの合併症に対応するため、眼科や血管外科、皮膚科、循環器内科など、糖尿病専門医以外の医師との連携策について、加えて糖尿病の悪化と歯周病の関連があるため、歯科医師との連携策について検討する。

別表

病 期	保健指導
第4期 腎不全期 ・eGFR 30ml/分/1.73 m ² 未満	・(未治療者及び治療中断者には受診勧奨し、) 医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施 ・治療を継続することを指導 ・網膜症の有無の確認 ・血糖・血圧のコントロール、禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施 なお、高齢者の過度の制限に留意する。 ・腎排泄性の薬剤の使用状況を確認し、必要に応じて変更を促す。 ・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・適度な身体活動・運動をかかりつけ医の指示のもとに実施
第3期 顕性腎症期 (次のいずれにも該当する方) ・eGFR 30ml /分/1.73 m ² 以上 ・顕性アルブミン尿 300mg/gCr 以上 (検査数値がある場合) ・空腹時血糖 140mg/dl 以上又は HbA1c7.0%以上 ・尿蛋白1+以上	・(未治療者及び治療中断者には受診勧奨し、) 医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施 ・治療を継続することを指導 ・網膜症の有無の確認 ・蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施 なお、高齢者の過度の制限に留意する。 ・血糖・血圧のコントロール、禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・適度な身体活動・運動を指導
第2期 早期腎症期 (次のいずれにも該当する方) ・eGFR 30ml/分/1.73 m ² 以上 ・微量アルブミン尿 30~300mg/gCr 未満 (検査数値がある場合) ・空腹時血糖 140mg/dl 以上又は HbA1c7.0%以上 ・尿蛋白1+未満	・糖尿病改善のための指導 ・治療を継続することを指導 ・血糖・血圧のコントロール、禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・適度な身体活動・運動を指導 ※ 第2期の初回指導は集団による指導も可

糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム

指導前 プログラムの案内，同意の取得
かかりつけ医の治療方針（指示書）

初回面談 2期・3期・4期

- ・アセスメント（検査データ，身体症状，生活習慣，治療状況等）による腎臓機能悪化の危険因子の特定
- ・生活習慣上の問題点の抽出／食事，運動，生活リズム，健康管理（体調・歯と口の状態など）
- ・病期の特定，合併症の有無，連携する診療科の確認
- ・知識の提供（糖尿病やCKD等合併症の理解，参加者にあった学習ツール／①糖尿病治療について，②食事療法について，③食べ方のコツ，④適切な運動・活動の実践）
- ・効果的な行動変容のための動機づけ
- ・実現可能性を考慮した行動目標の設定とセルフマネジメント（自己管理）の指導
（体の状態を理解させ，生活習慣・受療状況を踏まえ生活習慣改善に向けて行動目標を設定）

- ⇒ 多職種によるチームにより，各地域の社会的資源を活用するなど，一人ひとりの状況に応じた具体的な保健指導プログラムを作成
- ⇒ 腎臓機能悪化の社会的危険因子がある場合は，保険者と連携を取り，適切なサービスにつなげる。
- ⇒ 保健指導によって得られた情報は，本人の同意の上医師に伝え，治療方針に反映する。

2週間後：**電話 4期** 行動目標の達成度合いの確認，問題解決支援

1か月後：**面談 2期・3期・4期**

- ・検査データ，身体症状，生活習慣，治療状況等の改善状況の確認・評価，取組への励まし
- ・行動目標の達成度合いの確認・評価，問題抽出⇒問題解決支援と必要に応じて新たな行動目標設定
- ・知識の提供：糖尿病治療ガイドに示されている指導内容を段階的に指導
- ・セルフマネジメント（自己管理）を継続するための助言，励まし

1か月2週間後：**電話 4期** 行動目標の達成度合いの確認，問題解決支援

2，3，4及び5か月後：**電話（検査データ又は理学的所見悪化の場合は面談） 2期・3期・4期**（次を繰り返す。）

- ・検査データ，身体症状，生活習慣，治療状況等の改善状況の確認・評価，取組への励まし
- ・行動目標の達成度合いの確認・評価，問題抽出⇒問題解決支援と必要に応じて新たな行動目標設定
- ・知識の提供：糖尿病治療ガイドに示されている指導内容を段階的に指導
- ・セルフマネジメント（自己管理）を継続するための助言，励まし

6か月後（最終）：**電話（検査データ又は理学的所見悪化の場合は面談） 2期・3期・4期**

- ・検査データ，身体症状，治療状況，生活習慣の行動変容等の改善状況の確認・評価（取組の振り返り）
- ・セルフマネジメント（自己管理）を継続するための助言，励まし

指導終了後 ・報告書の作成 ⇒ 保険者及びかかりつけ医に提出
・プログラム終了者に対しては，継続的に病状の確認と自己管理の支援を行う。

糖尿病治療における紹介・逆紹介の目安について

糖尿病性腎症の重症化予防には糖尿病の発症を早期に発見し、かかりつけ医と専門医との間で十分な連携を図り、生涯を通じての治療継続が必要である。

かかりつけ医は他疾患併発時の初期診療や健康診断などホームドクターとしての幅広い機能を有しており、患者の病状管理に大きな役割を果たしている。

糖尿病患者が長期にわたり健常人と変わらないQOLを維持するためには、かかりつけ医が中心となって専門的な診療が可能な医療機関や専門医と連携することが重要である。

また、専門医は紹介患者の病状が改善された場合などはかかりつけ医へ逆紹介を行い、地域で切れ目のない医療を提供していく必要がある。

かかりつけ医・専門医間における紹介・逆紹介の目安を以下に示す。

【かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介】

- 1 型糖尿病の場合
- 血糖コントロール不良（HbA1c8.0%以上）が3か月以上続く場合
- 教育入院が必要な場合
- インスリン療法を開始する場合
- 急性合併症併発など病状が悪化した場合
- 妊娠時に糖尿病が発見された場合、妊娠を希望する糖尿病患者の場合など

【かかりつけ医から腎臓専門医への紹介】

- 「CKD 診療ガイド 2012」における腎臓専門医への紹介基準に該当する者の場合
 - ・ 高度の尿蛋白 尿蛋白/Cr 比 0.50g/gCr 以上又は2+以上
 - ・ 蛋白尿と血尿がともに陽性（1+以上）
 - ・ GFR50mL/分/1.73 m² 未満

【専門医からかかりつけ医への逆紹介】

- 病状が安定した場合
- 血糖コントロールが良好の場合
- 自己管理が改善された場合
- インスリン導入が良好の場合など

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

年 月 日

様

氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

(氏名は自署をお願いします。)

◆かかりつけ医を記入してください。

医療機関名： _____

◆「参加します（左欄）」又は「参加しません（右欄）」のいずれかにチェックしてください。
また、その後のそれぞれの「問」に回答してください。

□参加します

【問 1】面談の実施場所について

御希望の場所を いずれか 1 つをお選びください。

- かかりつけ医の医療機関（施設）
□会議室等の会場（※注 1）

※注 1 会場を御希望の方が多数の場合、自宅での面談をお願いする場合があります。

【問 2】日程調整のための御連絡時間について

・あらかじめ電話連絡にて面談日、訪問日を調整させていただきます。次の表に、電話連絡の可能な時間帯全てに「○」をつけてください。

いつでも	平日			土曜日			日曜日		
	午前	午後	夜間	午前	午後	夜間	午前	午後	夜間

※時間帯の目安 午前 9:00～12:00
午後 12:00～18:00
夜間 18:00～21:00

・電話連絡が可能な時間帯に連絡いたしますが、連絡がとれない場合は、それ以外の時間帯に連絡する場合がありますので、その旨御了承ください。

□参加しません

【問】理由は何ですか。

次のいずれかにチェックしてください。
その他の場合、具体的な理由を記入してください。

- かかりつけ医が参加を勧めなかったから
□かかりつけ医の指導で十分と思うから
□自己管理ができてから
□参加する時間がないから
□その他

※この事業の検査結果等の個人情報は、特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究をする時に限り使用する場合がありますことを御了承ください。

第三者に先の目的以外で情報提供・開示することは一切ありません。

また、事業参加後、このことについて同意できなくなった場合は、連絡してください。

糖尿病性腎症保健指導指示書

年 月 日

様

医療機関名

住 所

主 治 医



(記名・押印または署名をお願いします。)

次のとおり保健指導を依頼します。

患者氏名		生年月日	年 月 日生	男・女
住 所			電話番号	
病名(該当 病名に○をし てください。)	・2型糖尿病 ・糖尿病網膜症 ・糖尿病性腎症(ステージ) ・末梢神経障害 ・高血圧 ・脂質異常症 ・虚血性心疾患 ・その他()			
現在(記 載月)の 数値等	①身長 c m ②体重 kg ③HbA1c % ④血圧 / ⑤血糖値 mg/dl (食後 時間) ⑥血清クレアチニン mg/dl, eGFR ml/分/1.73 m ² ⑦尿アルブミン mg/gCr または尿蛋白(- , ± , + , ++ , +++)			
保健指導に関する指示事項				
◆該当事項をチェックしてください。 ☐ 「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」のとおり実施することが適当である。 ☐ 「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」について、留意すべきことがあれば御指示ください。 ☐ 1日摂取エネルギー量 (kcal) ☐ 1日塩分摂取量 (g) ☐ 1日蛋白質摂取量 (g) ☐ 血圧 (～ mm Hg) ☐ 運動制限(制限の程度:) . . ☐ その他				
◆そちらの診療所で指導する場所(小さなスペースで結構です。)を提供していただくことが可能ですか。 ☐ 可能 ☐ 不可 ※不可の場合は、本人と調整をして、指導を実施する会場にお越しいただきます。				

糖尿病性腎症保健指導 検査結果報告書（ 回目）

年 月 日

様

医療機関名

住 所

主 治 医



（記名・押印または署名をお願いします。）

様の検査結果は以下のとおりです。

注意事項

- 検査結果については、かかりつけ医様でお持ちのデータ（3か月以内のもの）をご記入ください。
- 患者様へは、検査費用・文書料等を請求いただかないようお願いします。

（検査日 年 月 日）

1	身長	cm
2	体重	kg
3	HbA1c	%
4	血圧	/ mmHg
5	血糖値	mg/dl（食後 時間）
6	血清クレアチニン	mg/dl
	eGFR	ml/分/1.73 m ²
7	尿アルブミンまたは尿蛋白	mg/gCr 尿蛋白（－，±，＋，＋＋，＋＋＋）