様式1【市→かかりつけ医→市】

**【白河市糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票】**

　★★この連絡票は、健診結果通知書と返信用封筒(緑色)を一緒にかかりつけ医へ渡してください。★★

1. **白河市⇒かかりつけ医へ(紹介)** 年　　　月　　　日

　様

白河市長　鈴木　和夫

(担当者)　白河市健康増進課　成人健康係

(電話)　0248（27）2114

下記の紹介者は、今年度実施しました国保特定健診の結果、高血糖又はHbA1c高値等を指摘された方です。下記の者が貴院を希望していますので、ご高診、ご指導よろしくお願いいたします。

なお、下記内容をご記入の上、ご返信いただくか、紹介者にお渡しくださるようお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介者名 | フリガナ |  | 生年月日 |  | 性別 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |

1. **かかりつけ医⇒白河市へ（結果）** 　　 　　　　　年　 　月 　　日

白河市長　鈴木和夫

医療機関名

（主治医）

（電話） 　　（FAX）

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 | * 糖尿病（ 2型・境界型 ）
* 高血圧　□脂質異常症　□高尿酸血症　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 検査結果 | □この欄に記載□検査結果を添付□糖尿病連携手帳に記載 | □尿アルブミン/Cr値□クレアチニン□eGFR（糸球体ろ過量）□空腹時血糖□HbA1c□その他（ | mg/gCrmg/dlml/min./1.73㎡mg/dl％　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ◇医師以外の専門職の介入について□介入あり《□看護師　□管理栄養士　□薬剤師　□理学療法士　□その他（　　　　　　　　　　　）》□介入なし◇治療の内容

|  |  |
| --- | --- |
| □薬物療法 | □服薬中（糖尿病・高血圧症・脂質異常症・高尿酸血症・その他（　　　　　　　　　））□服薬開始（糖尿病・高血圧症・脂質異常症・高尿酸血症・その他（　　　　　　　　　））□インスリン療法中　　□インスリン療法開始□処方なし |
| □食事指導 | □カロリー　　　　　kcal　　□塩分　　　　g　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| □運動指導 |  |
| □禁煙指導 |  |
| □その他 |  |

◇その他留意事項**◇今年度内、白河市における保健指導の介入　　□必要とする　　□今のところ必要としない** |

様式２【かかりつけ医→専門医療機関】

医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　先生　御侍史

**糖尿病性腎症連絡票（紹介）**

下記の方は、専門医療機関との連携が必要と判断しました。

ご高診をよろしくお願いいたします。

ご紹介日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | □男　　□女 | 年齢 | 　　　　歳 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 把握経路 | □健診　□診察 |
| 診断（疑いも可） |  |
| 原疾患既往症 | □糖尿病（□加療中　□未治療　　　）□高血圧症（□加療中　□未治療）□脂質異常症（□加療中　□未治療）　□高尿酸血症（□加療中　□未治療）□肥満（BMI25以上）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 検査結果 | ・尿蛋白定量検査　　　　　　　　　　（　　　　　　g/gCr）・微量アルブミン尿　　　　　　　　　（　　　　　　mg/gCr）・Cr：クレアチニン　　　　　　　　　（　　　　　　mg/dl）・eGFR：糸球体ろ過量　　　　　　　 （　　　　　　ml/min./1.73㎡）・尿蛋白　□－　□±　□１＋　□２＋　□３＋以上・尿潜血　□－　□±　□１＋　□２＋　□３＋以上　または尿沈渣・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 依頼事項 | □病態精査・方針決定　□薬物調整　□食事指導　□生活指導　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今後の診療方針 | □専門医療機関の判断に一任□可能な限りかかりつけ医（当院）で診療□専門医療機関での診療を希望 |
| 診療情報提供書 | □別添あり　□別添なし |
| その他連絡事項 |  |

医療機関名

医師名

　　様式３【専門医療機関→かかりつけ医】

医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　先生　御侍史

**糖尿病性腎症連絡票（返信・報告）**

下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。

受診しました結果をご報告いたします。

返信・報告日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | □男　　□女 | 年齢 | 　　　　歳 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | CKD連携 | □初診　□再診 |
| 診断名 |  |
| 原因分類 | □糖尿病　□高血圧症　□高尿酸血症　□腎炎　□多発性嚢胞腎　□不明□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 糖尿病性腎症病期分類 | □第１期　　□第２期　　□第３期　　□第４期　 |
| CKD重症度分類 | G：□１　□２　□３a　□３b　□４　□５　　　A：□１　□２　□３　　　　　　　　　　　　　 |
| 検査結果□右記□別添（別添の場合　記入不要） | 実施日：平成　　　年　　　月　　　日BUN　　　　　UA　　　　　Na　　　　　K　　　　　　P　　　　　Cl　　　　　Hb　　　　　AIb　　　　　Ca　　　　　TC　　　　　HDL-C　　　　　TG　　　　　LDL-C　　　　　BS　　　　　HbA1c　　　　　血圧　　　　/　　　　脈拍　　　　浮腫　　　　画像診断・その他（　　　　　　　　　　　　　　）尿蛋白（□－　□±　□＋　□２＋　□３＋以上　　または　　　　　　　　g/gCr）尿潜血（□－　□±　□＋　□２＋　□３＋以上　　または尿沈渣　　　　　　　　）尿　糖（□－　□±　□＋　□２＋　□３＋以上） |
| 今後の診療方針 | □当院で（□フォローアップ　□精査）します□当院とかかりつけ医（貴院）の併診（　　カ月毎・次回　　月　　日再診）□かかりつけ医（貴院）でフォローアップをお願いします。□さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します。　（紹介先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現時点で必要と思われる　事項 | □薬物調整（□追加　　　　　　　　　□減量　　　　　　　　　□中止　　　　　　　　）□食事指導（□減塩　　　g　□カロリー　　　　cal　□蛋白　　　g　□K制限　□P制限）□生活指導（□禁煙　□飲酒　□運動　　　　　　　　□家庭内血圧測定）□特になし　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他連絡事項 |  |

医療機関名

医師名