

## 生活指導確認書

この度、\_\_\_\_\_様が京葉ガス健康保険組合の糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに参加されました。

プログラム実施期間の生活指導は本書の内容を基に行ってまいります。

ご診療で大変お忙しい中、誠に恐縮ですがご協力いただければ幸いに存じます。何卒よろしくお願いいたします。  
※プログラム実施期間中はかかりつけ医様宛に下記の住所へ毎月1回指導報告書を送付いたします。

## 1 医療機関名とかかりつけ医名のご記入をお願いいたします。

医療機関名 \_\_\_\_\_ かかりつけ医名 \_\_\_\_\_ 先生

医療機関住所 〒 \_\_\_\_\_

## 【医療機関のスタンプ押印欄】

※医療機関名、かかりつけ医名、  
医療機関住所のスタンプをお持ちでしたら右の空欄をご利用ください。

## 2 病名について、該当する病名に○をお願いいたします。

- ・2型糖尿病                      ・糖尿病腎症(ステージ \_\_\_\_\_ )                      ・糖尿病網膜症
- ・末梢神経障害                      ・高血圧                      ・脂質異常症                      ・虚血性心疾患
- ・その他( \_\_\_\_\_ )

## 3 生活指導の内容についてご指示ください。

診療ガイドラインどおりであれば、次のいずれかに○をお願いいたします。

- ・動脈硬化症心疾患予防ガイドライン      ・高血圧治療ガイドライン      ・CKDガイドライン
- ・糖尿病ガイドライン                      ・その他( \_\_\_\_\_ )

## 4 (診療ガイドライン以外の指導内容の場合のみ)

生活指導について、特に指示があればご記入をお願いいたします。

目標値	体重 ( _____ )kg を目標とする
	HbA1c (NGSP) ( _____ ~ _____ ) % 以下を目標とする
	血圧 ( _____ ~ _____ ) mmHg 以下を目標とする
	その他、検査値など
運動	運動制限 有 ・ 無
食事目標	1日摂取カロリー ( _____ ) kcal
	1日塩分量 ( _____ ) g
	タンパク質量 ( _____ ) g ※ 糖尿病腎症の場合

## 5 生活指導に関して特に注意事項等がございましたら、ご指示をお願いいたします。

ありがとうございました。

[保険者名] 京葉ガス健康保険組合

[プログラム実施会社] 株式会社データホライゾン