

保健指導プログラム 実施指示書

記入日： 年 月 日

全国健康保険協会鳥取支部 御中

医療機関名： _____

所在地： _____

電話番号： _____

主治医： _____ 印

次のとおり保健指導を依頼します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	男・女
住所		電話番号		
病名	※該当項目にチェックしてください。 ☐ 2 型糖尿病 ☐ 糖尿病性腎症（ステージ ） ☐ 糖尿病網膜症 ☐ 糖尿病性神経障害 ☐ 高血圧 ☐ 虚血性心疾患 ☐ 脳血管障害 ☐ その他（ ）			
検査数値等	（ 年 月 日現在） 身長 cm 体重 kg 血圧 / HbA1c(NGSP) % 血糖 mg/dl（空腹時・食後 時間） eGFR ml/分/1.73 m ² 血清クレアチニン mg/dl 尿蛋白 - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ 尿蛋白（定量） g/gCr 尿アルブミン指数 mg/gCr			
保健指導に関する指示事項				
◆保健指導に当たっての目安などの留意事項等 ☐ 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 ☐ 運動制限 無 ・ 有（ ） ☐ その他 				