別添様式３

糖尿病性腎症患者の重症化予防事業　実施明細報告書

平成　　年　　月分

【実施機関名　　】

健保記号	健保番号	被保険者氏名	実施時点 受診勧奨：1 保健指導：2 フォローアップ：3	実施年月日	eGFR値 （ml/分/1.73㎡）	HbA1c または 空腹時血糖