

糖尿病保健指導依頼書

年 月 日

市町村国民健康保険担当課長 様

医療機関名 _____

住 所 _____

主 治 医 _____

電 話 番 号 _____

次の方から糖尿病重症化予防保健指導プログラム参加同意書の提出がありましたので、当該プログラムの利用について決定し、保健指導を依頼します。

<対象者>

患者氏名			
生年月日	年	月	日生
住 所	男 ・ 女		
電話番号			

.....

<事前確認事項>

1 摂取エネルギー量・食塩摂取量・蛋白質摂取量について、日本糖尿病学会の推奨に沿った保健指導で差し支えなければ、市町村において指導内容を決定しますので、次の事項のいずれかにチェックをお願いします。

 指導内容を任せる

(→事前打合せの際、身長・体重・クレアチニン値等を聴取させていただき、摂取エネルギー量等を市町村で計算のうえ指導します。)

 指導内容を任せない(指示する)

(→事前打合せの際、摂取エネルギー量等の具体的な指示内容を聴取させていただき、指示に基づき指導します。)

2 運動制限について、次のいずれかにチェックをお願いします。

 制限なし

制限あり(詳細を御記入ください: _____)