

主治医 様

郡山市長

糖尿病性腎症重症化予防 連絡票（受診勧奨）

郡山市国民健康保険の特定健康診査の結果、下記のとおり糖尿病性腎症のハイリスク所見がありましたので、ご高診・ご加療をお願いいたします。

今後の市の重症化予防事業に役立てて参りますので、ご多忙中誠に恐縮ですが、治療方針等太枠内を全てご記入の上、返信をお願いいたします。

記

あらかじめ印字されています。
特定健診結果通知書のデータと併せて、
ご確認をお願いします。

氏名	郡山 国男			
健診番号	123456789	昭和22年 3月20日生		
※年齢は年度末年齢です。				
特定健診 結果データ	HbA1c	10.5	%	特定保健指導レベル 情報提供
	空腹時血糖	208	mg/dl	随時血糖 mg/dl
	クレアチン	0.6	mg/dl	eGFR 99.4 ml/分/1.73m ²
	尿蛋白	+		健診年月日 R5.8.25
	受診医療機関			

【医療機関記入欄】

受診日	○年 ○月 ○日	<small>※治療継続の場合は、本票を持参して受診した日付を記載願います。 ※検査が2回以上に跨った場合は、最終日の日付を記載願います。</small>
診断名 (暫定、疑でも可)	<input checked="" type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能低下	期別のチェックを忘れずに お願いします。
	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (1期 2期 3期)	
	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症	分かる範囲で結構です。
	<input type="checkbox"/> 腎硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎	
治療方針	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中もしくは治療開始 <input type="checkbox"/> 経過観察 (月 日後)	診察・検査の結果についてご記入をお願いします。 ご記入後は、同封の返信用封筒にて 返信ください。
	<input checked="" type="checkbox"/> 生活指導 (1.食事 2.運動 3.アルコール 4.禁煙 5.その他)	
	<input type="checkbox"/> 次年度健診 <input type="checkbox"/> 眼科医紹介	
報告日	○年 ○月 ○日	
医療機関名 (連絡先)	〇〇〇〇クリニック	
担当医師名	〇〇-〇〇〇〇 〇〇 〇〇	

事業全体に関するお問合せ
郡山市国民健康保険課
TEL:024-924-2582

検査結果・医療機関記入欄に関するお問合せ
郡山市保健所健康づくり課
TEL:024-924-2900

郡山市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健指導対象者等名簿

様式3【郡山市→医療機関】

【保健指導対象者】

本プログラムの対象者は、糖尿病で治療中で以下の条件に該当する者である。

- 1、糖尿病性腎症4期と推定される者（eGFR30/分/1.73ml未満）※
- 2、糖尿病性腎症3期と推定される者（eGFR30/分/1.73ml以上かつ尿蛋白+以上）
- 3、ハイリスク者

(1) HbA1c7.0%以上

(2) 以下のリスク要因のうち2つ以上該当する者

- ①LDL : 120mg/dl以上
- ②血圧 : 150/90mmHg以上
- ③中性脂肪 : 300mg/dl以上

※eGFR<45の方は、腎専門医への紹介を御検討くださるようお願いいたします。

例

- ・太枠内の記入をお願いします。
- ・「保健指導の必要性」が○の方については、保健指導情報提供書（様式3）を記入し併せて提出してください。
- ・「保健指導の必要性」が×の方については、理由を記入してください。
- ・コントロールが良好の場合でも保健指導を実施いたします。

No	整理番号	漢字氏名	加氏名	生年月日	年齢(年度末)	性別	住所	腎症期別	令和3年度特定健康診査結果											前年度実施状況	保健指導の必要性がない理由		
									HbA1c	空腹時血糖	随時血糖	尿蛋白	eGFR	血清Cr	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C		保健指導の必要性	指導済	その他
1		〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇年〇月〇日	〇〇	〇	郡山市〇〇〇〇〇〇	3	6.4	99	/	++	67.3	0.66	108	64	76	71	85		×		同意得られず
2		〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇年〇月〇日	〇〇	〇	郡山市〇〇〇〇〇〇	3	7.1	113	/	++	58.6	1.03	140	88	78	50	76		×		
3		〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇年〇月〇日	〇〇	〇	郡山市〇〇〇〇〇〇	ハイリスク	7.6	130	/	±	76.9	0.58	127	67	105	58	127	参加	○		
4		〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇年〇月〇日	〇〇	〇	郡山市〇〇〇〇〇〇	ハイリスク	7	114	/	-	82.1	0.55	150	71	88	56	113		×		期間中の通院なし
5		〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇年〇月〇日	〇〇	〇	郡山市〇〇〇〇〇〇	ハイリスク	7	119	/	-	45	0.94	132	74	159	65	116		×		他医紹介済
6		〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	〇〇年〇月〇日	〇〇	〇	郡山市〇〇〇〇〇〇	ハイリスク	7.8	136	/	-	77.9	0.78	148	83	347	32	178	参加	○		
7																							

※ 保健指導の必要性がある方については、保健指導情報提供書（様式3）も併せて提出してください。

郡山市長
(国民健康保険課宛)

例

様式3【医療機関⇒郡山市】

糖尿病性腎症重症化予防 保健指導情報提供書

※この様式は、「様式2」の「保健指導の必要性」に「○」を記載した方のみ、提出をお願いいたします。

氏名	郡山 保子	生年	携帯電話等、繋がる電話番号を記載してください。		
住所	郡山市朝日一丁目23-7		電話番号【○○○-○○○○-○○○○】		
検査結果 <small>※直近のデータで記載できるもののみ記入 ※検査結果は写しでも可</small>	【検査日】	○年 ○月 ○日			
	HbA1c	8.3	%		
	空腹時血糖	172	mg/dl	随時血糖	mg/dl
	eGFR	41.3	ml/分/1.73m ²	クレアチン	1.06 mg/dl
	尿アルブミン/Cr	41.3	mg/g Cr		
	尿蛋白	- ± 1+	2+ 3+以上	または	g/g Cr
	尿潜血	-	± 1+ 2+ 3+以上		
尿沈渣					
目標値	HbA1c	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標	
		<input type="checkbox"/> 6.0%未満	<input checked="" type="checkbox"/> 7.0%未満	<input type="checkbox"/> 8.0%未満	
※該当値にチェックを入れてください。					
保健師等への指示事項	具体的な指示事項がない場合は、糖尿病やCKDのガイドライン等により指導を進めてよろしいでしょうか。 <input checked="" type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません				
	具体的な指示事項がある場合は、以下に記載願います。 <input type="checkbox"/> 指示あり <input checked="" type="checkbox"/> 指示なし				
専門医へ紹介した場合	<input checked="" type="checkbox"/> あり (医療機関名: ○○○病院) <input type="checkbox"/> なし				
保健指導報告書の返送先	<input checked="" type="checkbox"/> 紹介先 <input type="checkbox"/> 当院				

○年 ○月 ○日

医療機関名 : ○○○○クリニック

(連絡先) ○○○-○○○○

担当医師名 : ○○ ○○

例

○年○月○日

〇〇〇クリニック 院長 様
(主治医：〇〇 〇〇 様)

郡山市長

糖尿病性腎症重症化予防 保健指導実施結果報告書

本市の保健事業につきましては、平素格別のご指導・ご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。
さて、保健指導情報提供書（様式3）にて保健指導依頼をいただきました件につきましては、下記のとおり保健指導を実施いたしました。
今後とも、ご指導・ご助言くださいますよう、よろしくお願いいたします。

記

氏名	郡山 保子	性別	女
生年月日	昭和〇〇年○月○日	年齢	歳
住所	郡山市朝日一丁目23-7		
整理番号			
保健指導実施内容	令和〇年〇月〇日 教室 令和〇年〇月〇日 手紙支援（手紙・電子メール） 内容：腎症について、栄養指導、運動指導 指導者：		

所属名 : 国民健康保険課

担当者氏名 : 〇〇 〇〇

電話番号 : 024-924-2582

例

様式5【一般医療機関⇒専門医療機関】

診療情報提供書 一般医療機関（かかりつけ医等）から専門医療機関

○年 ○月 ○日

医療機関名：○○○病院

腎臓内科 ○○ ○○ 先生 御侍史

氏名	○○ ○○	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女		
住所	郡山市朝日一丁目23-7	電話番号	○○○-○○○		
生年月日	○年 ○月 ○日	年齢	70 歳		
把握経路	<input checked="" type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 診療	健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 郡山市国保 <input type="checkbox"/> 他		
診断名 (疑いも可)	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> CKDに伴う糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎硬化症 <input type="checkbox"/> その他 ()				
原疾患 既往症	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 (<input checked="" type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input checked="" type="checkbox"/> 脂質異常症 (<input checked="" type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療) <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI25以上) <input type="checkbox"/> その他 ()				
検査結果 <input checked="" type="checkbox"/> 右記 <input type="checkbox"/> 別添 (別添の場合 記入不要)	検査年月日	○年 ○月 ○日			
	HbA1c	6.8	%		
	空腹時血糖	125	mg/dl	随時血糖	mg/dl
	Cr:クレアチン	1.83	mg/dl		
	尿アルブミン/Cr	mg/g Cr			
	eGFR	29.7	ml/分/1.73m ²		
	尿蛋白	g/g Cr (<input checked="" type="checkbox"/> ± 1+ 2+ 3+以上)			
	尿潜血	(<input checked="" type="checkbox"/> ± 1+ 2+ 3+以上)			
	尿沈渣				
特記事項・その他					
依頼事項	<input checked="" type="checkbox"/> 病態検査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> その他 ()				
今後の 診療方針	<input checked="" type="checkbox"/> 専門医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限りかかりつけ医で診療 <input type="checkbox"/> 専門医療機関での診療を希望				
その他 連絡事項					

郡山市が実施する保健事業において保健指導や健康相談を実施する目的で、本書の写しを郡山市に提供する旨を患者に説明し、同意を得た。

医療機関名： ○○○○クリニック

主治医名： ○○ ○○

例

様式6【専門医療機関⇒一般医療機関】

医療機関名：〇〇〇〇クリニック

〇〇 〇〇 先生 御侍史

診療情報提供書 専門医療機関から一般医療機関（かかりつけ医等）

〇年 〇月 〇日

氏名	〇〇 〇〇	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
住所	郡山市朝日一丁目23-7	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇
生年月日	〇年 〇月 〇日	年齢	70 歳
連携	<input checked="" type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診	健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 郡山市国保 <input type="checkbox"/> 他
診断名	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> CKDに伴う糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎硬化症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
原因分類 <small>※複数チェック可</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明		
糖尿病性腎症病期分類	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input checked="" type="checkbox"/> 4期		
CKD重症度分類	G (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) A (<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3)		
検査結果	※直近の検査データを添付してください。		
指導事項	<input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 追加 _____ <input type="checkbox"/> 減量 _____ <input type="checkbox"/> 中止 _____ <input checked="" type="checkbox"/> 食事指導 <input checked="" type="checkbox"/> 摂取量 _____ kcal <input checked="" type="checkbox"/> 減塩 _____ g <input checked="" type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g <input type="checkbox"/> K制限あり <input type="checkbox"/> P制限あり <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 飲酒可（純アルコール gまで） <input type="checkbox"/> 飲酒不可 <input type="checkbox"/> 家庭内血圧測定 <input type="checkbox"/> 運動 _____ <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 特になし		
今後の診療方針	<input checked="" type="checkbox"/> 当院で（ <input checked="" type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> 精査）します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医（貴院）の併診 (月 日) <input type="checkbox"/> かかりつけ医（貴院）でフォローアップをお願いします <input type="checkbox"/> 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： _____)		
その他連絡事項			

郡山市が実施する保健事業において保健指導や健康相談を実施する目的で、本書の写しを郡山市に提供する旨を患者に説明し、同意を得た。

医療機関名： 〇〇〇病院

主治医名： 腎臓内科 〇〇 〇〇