平成　　年　　月　　日

**別添　１**

(例示１)医療機関向け案内文

○○市内　医療機関 各位

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市○○局○○課

　　　　　　　　　　○○市糖尿病性腎症重症化予防事業の実施について

　時下、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

　日頃から、本市の国民健康保険事業及び健康増進事業に御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

　さて、本市では、○○市医師会や関係医療機関と連携し、市民の皆さまが医療機関で必要な治療を受け、生活習慣の改善等を図ることにより、糖尿病性腎症の重症化を予防していくことを目的に、標記事業を実施することといたしました。事業の概要は以下のとおりでございますが、事業の対象者が貴院を受診した際には、御高診・御加療のほどお願いいたします。

　事業概要（平成○○年度）

１ 目的及び内容

　　　糖尿病性腎症の重症化を予防するため、○○市国民健康保険特定健康診査の結果、　　　　　医療の受診が必要と思われる被保険者に対して、受診勧奨を行うものです。

２ 対象

（１）　○○歳から○○歳までの○○市国民健康保険被保険者で、平成○○年度の特定健康診査受診者のうち、特定保健指導対象外の方で、次のいずれか（すべて）に該当する方を対象とします。

詳細は、各市町村がプログラムを参考に設定

ア ＨｂＡ１ｃ ○○○％以上

イ ｅＧＦＲ ○○ｍｌ／ｍｉｎ／１．７３㎡未満

（２）次のいずれかに該当する方は除外します。

ア 生活習慣病の治療を継続して受けている方

イ がん、難病等の慢性疾患の治療を継続して受けている方

ウ その他、本事業の対象として適切でない方

３ 実施方法

（１）○○○○による受診勧奨

　　　　（郵送による通知、電話による説明、訪問等の具体的な受診勧奨の実施内容）

（２）受診状況の確認

　　　　（診療報酬明細書（レセプト）による確認やご本人への確認等、受診勧奨後に医療機関の受診につながったか否かを確認する具体的な方法）

４ 実施期間

　　（具体の期間）

　＜（例示２）健康相談（保健指導）連絡票の活用例＞

５ 受診後のフォローアップ

生活習慣等の改善のために、市による健康相談、保健指導などが必要な方や治療の継続に支援が必要な方については、御本人の了解のもと、「健康相談（保健指導）連絡票」を御活用いただき、

○○市○○課まで御連絡いただきますようお願いいたします。

御協力のほど、お願いいたします。

問合せ先

○○市○○部○○○○課

○○○○グループ　○○

注１）　通知文の様式や文例は各市町村により異なります。

注２）　「糖尿病性腎症重症化予防」は、「糖尿病重症化予防」「生活習慣病重症化予防」など市町村の目的や対象者の抽出により変わります。

注３）　事業概要、健康相談(保健指導)連絡票の活用の有無等は、各市町村の事業実施内容により変わります。

記入日　平成　年　月　日

例示２)　健康相談(保健指導)連絡票

 (※市町村によって、医師会等と調整の上、記載項目等を変更する場合もあります。)

健康相談（保健指導）連絡票

○○市○○○○課　宛

医療機関名

住所

主治医(かかりつけ医)

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 生年月日年　　　月　　　日生 |
| 病　名 | (糖尿病にかかる疾患：該当するものに○)・２型糖尿病　・糖尿病性腎症（　　期）・糖尿病合併症　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | (留意するべき他の疾病)※ある場合のみご連絡ください。 |
| **上記の患者について、○○市の行う健康相談(保健指導)を利用するよう勧めます。**(該当項目にチェックをいれるか、目標値等をご記入下さい。)必要な項目のみでかまいません。□　栄養について□１日分摂取カロリー指導（　　　　　　　　　kcal）　□１日分塩分量（　　　　ｇ）　　　□１日タンパク質量（　　　　　ｇ）　□運動について　　注意事項（ある場合）□生活状況について　　（□飲酒　　　□喫煙　　　□睡眠　　　□服薬　等）【主治医(かかりつけ医)からのコメント】 |
| 指導後の内容報告 | 必要あり　　　　　・　　　　　必要なし |

１．主治医（かかりつけ医）がご記入の上、患者様にお渡しください。必要な範囲でかまいません。

２．この連絡票を受け取られたご本人様（患者様）は、健康相談（保健指導）について○○市と相談するため、下記の連絡先まで、ご連絡をお願いします。日程、内容等を調整させて頂きます。

　　（この連絡票は、健康相談等の当日にお持ちください。）

３．この連絡票にかかる文書料については、無償として頂きますようお願いいたします。

問合せ先

○○市○○部○○○○課

○○○○グループ　○○

電話　○○○―○○○－○○○○

糖尿病性腎症重症化予防　保健指導指示書

例示３)　保健指導指示書

(※市町村によって、医師会等と調整の上、記載項目等の変更や別様式を使用する場合もあります。)

平成　年　月　日

○○市○○○○課長　様

医療機関名

住所

主治医(かかりつけ医)　　　　　　　　　印

（押印または署名をお願いします。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 生年月日年　　　月　　　日生 | 男　・　女 |
| 住所 | 電話番号 |
| 病　名 | (糖尿病にかかる疾患：該当するものに○)・２型糖尿病・糖尿病性腎症（　　　　期）・糖尿病合併症　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | (他の疾病：指導に必要な範囲でご記入下さい) |
| 検　査　値　等 | 身長 | ｃｍ | 体重 | ㎏ | HｂA1c | ％ |
| 血糖・空腹時・随時 | mg/dl | 血圧 | 　　　　　　　　　／ |
| eGFR | ml/分/1.73㎡ | 尿蛋白 |  | 尿アルブミン | mg/dlmg/gCr |
| 検査年月日　　　年　　　月　　　日(検査値は、必要かつ可能な範囲でご記入下さい。)◆保健指導に関し、留意するべきことがあれば御指示ください。【目標値】□１日摂取カロリー（　　　　　　　　　kcal）　　　　□１日塩分量（　　　ｇ）□１日タンパク質量（　　　　　ｇ）　□血圧（　　　　　　／　　　　　）㎜Hg以下□体重（　　　　　　　kg）　　□その他、検査値等（　　　　　　　　　　　　）□運動制限（制限の程度や内容等）□その他 |
| 指導後の内容報告 | 必要あり　　　　　・　　　　　必要なし |

**糖尿病連携手帳の活用**

例示)４　糖尿病連携手帳を活用した連携

(※市町村によって、医師会等と調整の上、他の連携ツールと手帳を併用することも考えられます。)



**①　事前の了解**

市町村等は、あらかじめ被保険者（患者ご本人）

及びかかりつけ医に了解を得た上、糖尿病連携手帳の

記載内容を確認し、保健指導を行う。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（手帳について、すべての項目をかかりつけ医、病

　　　　　　　　　院、ご本人が記載する必要は無いため、記載された

内容の範囲で活用する。）

**②　基本情報の記載確認**

**③　かかりつけ医、病院、かかりつけ眼科医、かかりつけ歯科医等の確認**



**④　検査結果の確認**



記入日　平成　年　月　日保健指導実施報告

例示)５　保健指導実施報告

 (※市町村によって、医師会等と調整の上、記載項目等を変更する場合もあります。)

医療機関名

住所

主治医(かかりつけ医)　　　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生年月日年　　　月　　　日生 | 男　・　女 |
| 以下の内容について、保健指導を行いましたのでご報告します。 |
| 担当者名 |  |
| 指導期間（日付） |  |
| 指導方法(電話、面談等) |  |
| □栄養指導□運動指導　　□生活状況指導　　　　　　　　　　　【ご本人の目標等】 |
| 【備考】 |

１．ご本人様を通じて主治医（かかりつけ医））にご報告させて頂きます。

２．この報告についてのお問い合わせは、上記の担当まで御連絡をお願いいたします。

問合せ先

○○市○○部○○○○課

○○○○グループ　○○

電話　○○○―○○○－○○○○