

## 糖尿病および慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラムに基づく保健指導依頼書

年 月 日

(宛先) 秋 田 市 長

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次の方から糖尿病および慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラムに基づく保健指導同意書の提出がありましたので、以下のとおり保健指導を依頼します。

## &lt;対象者&gt;

氏名		電話番号	
生年月日	年 月 日生	性別	男・女

## &lt;現在の数値（ / 時点）&gt;

※検査結果の写しの添付でも可

身長	cm	体重	kg	血圧	/ mmHg
HbA1c	%	血糖	mg/dl （空腹時・食後 h）		
eGFR	ml/分/1.73 m <sup>2</sup>	尿蛋白 (定性)	(-)・(±)・(+)・(2+)・(3+)		

## &lt;その他の指示事項&gt;

<ul style="list-style-type: none"> <li>・摂取エネルギー量 ( ) kcal/日</li> <li>・塩分摂取量 ( ) g/日</li> <li>・蛋白質摂取量 ( ) g/日</li> <li>・運動制限(制限の程度: )</li> </ul>
---