

三泗地区糖尿病性腎症 重症化予防プログラム (三泗 DM プログラム)

実施マニュアル

平成31年4月

内容

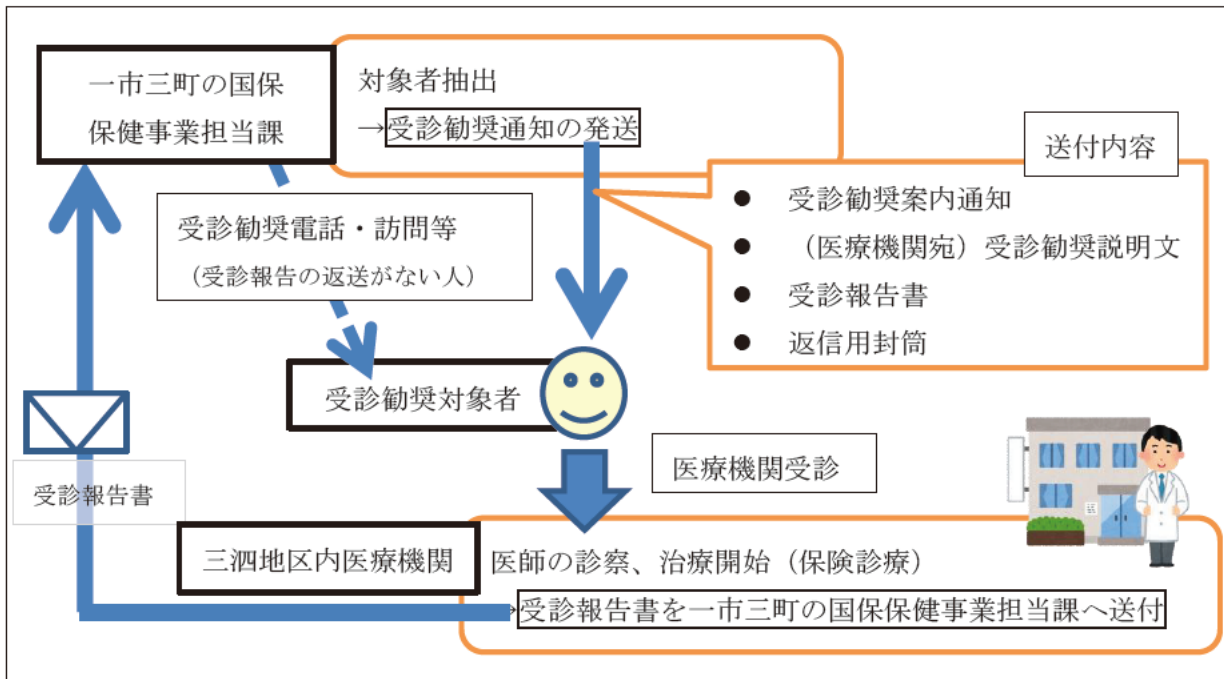
| | |
|--------------------------------|----|
| I. 受診勧奨 | 2 |
| 1. 目的..... | 2 |
| 2. 受診勧奨の流れ | 2 |
| 3. 受診勧奨対象者 | 2 |
| 4. 受診勧奨対象者が受診した際の医療機関の対応 | 3 |
| II. 保健指導 | 4 |
| 1. 目的..... | 4 |
| 2. 保健指導の流れ | 4 |
| 3. 保健指導対象者 | 5 |
| 4. かかりつけ医療機関での対応 | 5 |
| 5. 保健指導受託医療機関での対応..... | 7 |
| III. 一市三町の国保保健事業担当課連絡先 | 10 |
| IV. 各種様式 | 11 |

I. 受診勧奨

1. 目的

四日市市、菰野町、朝日町、川越町（以下、一市三町）の国民健康保険加入者のうち、糖尿病未治療の人を抽出し、医療機関への受診を促すことで、糖尿病性腎症の重症化を予防する

2. 受診勧奨の流れ



3. 受診勧奨対象者

一市三町の国民健康保険が保有する特定健康診査結果および診療報酬明細書（レセプト）のデータから、糖尿病未治療、または治療を中断していると思われる、以下に該当する人。

(1) 前々年度一市三町の国保特定健康診査にて

- ・ 空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上、かつ尿蛋白 1+以上
- ・ 上記に加え、前年度一市三町の国保特定健康診査未受診で糖尿病のレセプトがない人

(2) 前年度一市三町の国保特定健康診査にて

- ・ 空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上
- ・ かつ健診結果が要治療・要医療で、6 カ月間未受療

(3) 前年度一市三町の国保特定健康診査にて

- ・ 空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上、かつ尿蛋白 1+以上
- ・ 糖尿病のレセプトがない、もしくは治療を中断している人

※ただし、三重県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに則り、以下に該当する人は除外する

＜除外対象者＞

- ・ がん等で終末期にある人
- ・ 認知機能障害がある人で、主治医が除外すべきと判断した人
- ・ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている人
- ・ その他の疾患を有していて、主治医が除外すべきと判断した人

4. 受診勧奨対象者が受診した際の医療機関の対応

一市三町の国保保健事業担当課から送付された受診勧奨通知一式を持った患者が来院した場合、以下について対応する。

(1) 糖尿病の診断、治療の開始（※通常の保険診療）

- ・ 糖尿病の確定診断と治療の開始、経過観察
- ・ 必要に応じて、専門医への紹介や保健指導の利用を検討する

＜参考資料＞

- ・ 糖尿病治療ガイド 2018－2019（日本糖尿病学会編・著）
- ・ 糖尿病治療のエッセンス（日本糖尿病対策推進会議編）※日本医師会公式サイトからダウンロード可能

(2) 受診報告書の送付

一市三町の国保保健事業担当課（受診勧奨対象者が居住する市町）宛に、「受診報告書」を送付。

- ・ 受診報告書と返信用封筒は、受診勧奨対象者が持参しています。
- ・ 持参を忘れた場合、様式は公益社団法人四日市医師会メンバーズサイトからダウンロードする。返信用封筒については、一市三町の国保保健事業担当課（受診勧奨対象者が居住する市町）に連絡し、取り寄せてください。

- ・ 一市三町の国保保健事業担当課への送付は、受診日から一週間後を目途とする。

＜お願い＞

受診報告書の返送が無い場合、医療機関未受療者と判断され、一市三町の国保保健事業担当課から受診勧奨対象者へ受診勧奨の電話や訪問を実施する場合があります。

速やかなご返送について、ご協力をお願いいたします。

(3) 保健指導を利用する場合

- ・ 後述「Ⅱ. 保健指導」を参照し、保健指導実施医療機関へ依頼する

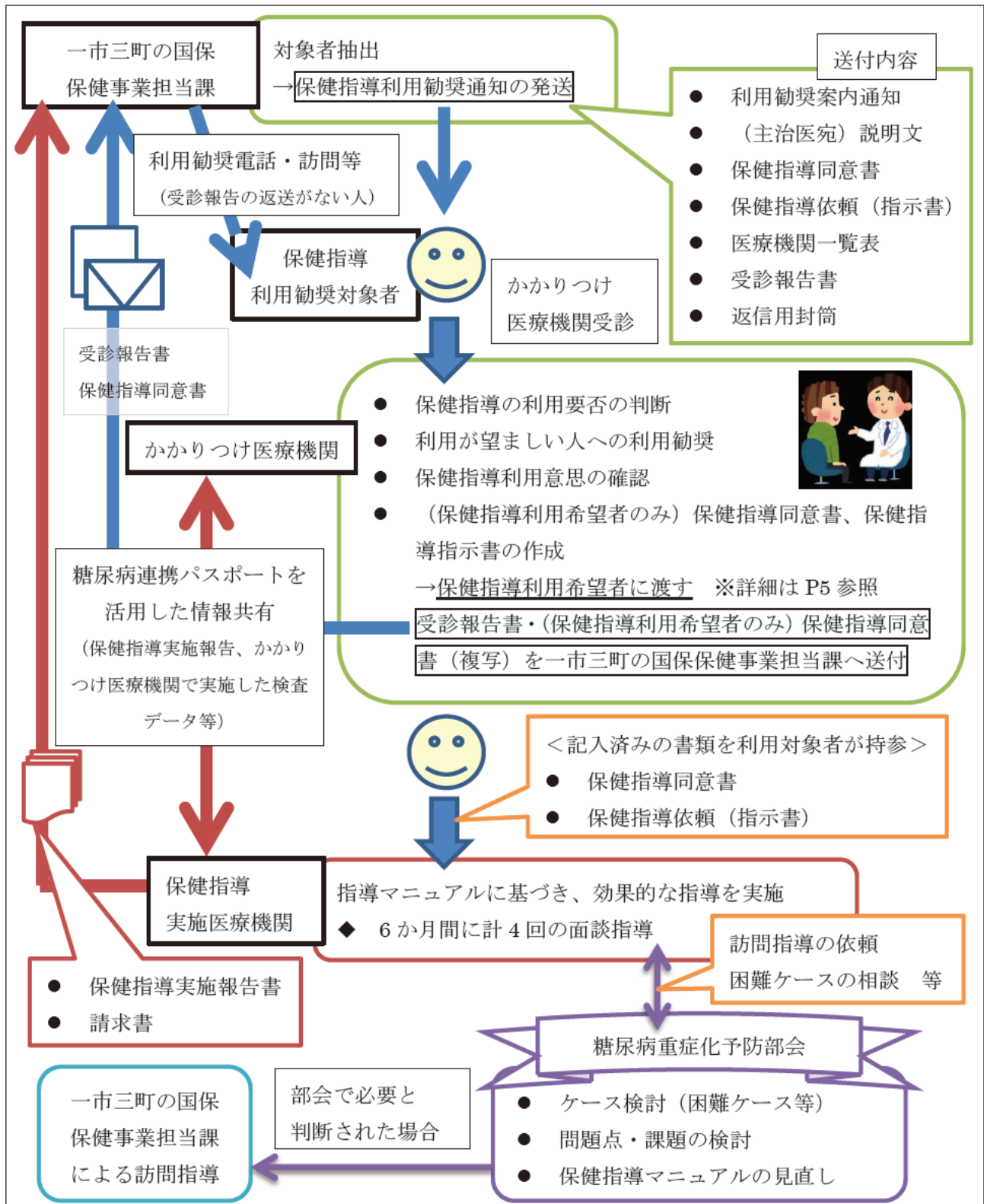
※依頼に必要な書類は、公益社団法人四日市医師会メンバーズサイトからダウンロード

II. 保健指導

1. 目的

一市三町の国民健康保険加入者のうち糖尿病治療中の人に、病期に応じた生活習慣（食生活や運動等）やセルフケア等に関する保健指導を実施することで、糖尿病性腎症の悪化を防ぐ

2. 保健指導の流れ



3. 保健指導対象者

一市三町の国民健康保険が保有する特定健康診査結果および診療報酬明細書（レセプト）のデータから、糖尿病性腎症を発症していると思われる人で、現在かかりつけ医療機関にて糖尿病を含む内科系疾患を治療中の人。

- ・ 前年度一市三町の国保特定健康診査にて空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上かつ尿蛋白 1+以上
- ・ かつ、糖尿病のレセプトがある人、または、糖尿病のレセプトは無いが他の内科系のレセプトがある人

※ 除外対象者については、受診勧奨と同様とする（P3 参照）

4. かかりつけ医療機関での対応

一市三町の国保保健事業担当課から送付された保健指導利用勧奨通知一式を持った人（保健指導利用勧奨対象者）が来院した場合、以下について対応する。

(1) 保健指導利用の要否の判断と利用勧奨

- ・ 病状や診察時の様子から保健指導の利用の要否を判断し、利用が望ましいと判断された場合は、利用勧奨を行う
 - ※ 利用できるのは一市三町の国保加入者のみです。国保資格を喪失した時点で保健指導を利用できないため、近日中に国保脱退の予定がある場合は、ご注意ください。

(2) 保健指導の利用意思を確認し、利用希望があった場合は必要書類を作成する

<必要書類>

ア. 保健指導同意書（4 枚複写）

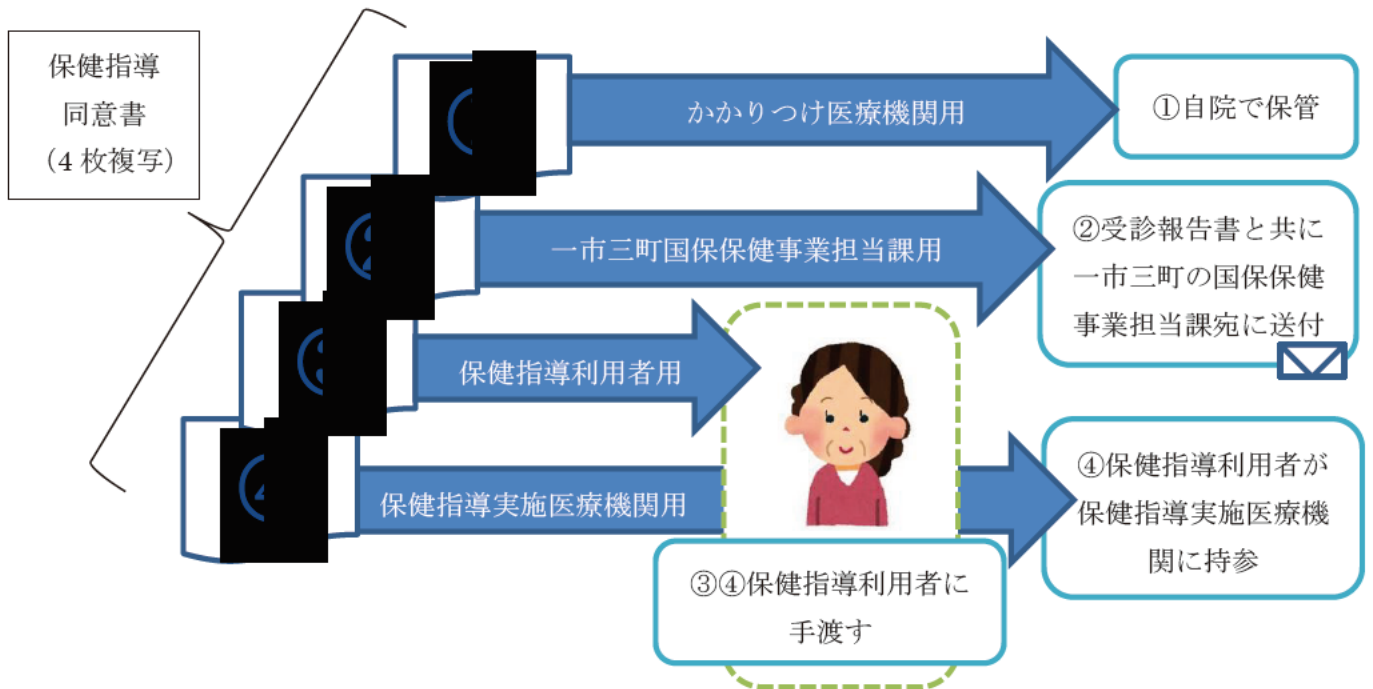
- ・ 保健指導を実施するにあたり、かかりつけ医療機関、保健指導実施医療機関、一市三町の国保保健事業担当課が把握した個人情報を共有することについて説明し、同意を得る

<例>

- ・ かかりつけ医療機関で実施した検査結果
- ・ 保健指導実施医療機関で実施した保健指導の内容
- ・ 一市三町の国保が保有する特定健康診査の結果 等

- ・ かかりつけ医療機関、保健指導実施医療機関、一市三町の国保保健事業担当課で保健指導の内容を共有した結果、必要と判断された人には一市三町の国保保健事業担当課から連絡や訪問指導を実施する場合があることも、併せて説明し同意を得る

- ・ 前述について、保健指導利用希望者の同意が得られた場合は、「かかりつけ医療機関名」「かかりつけ医療機関電話番号」のみ病院側で記入し、残りの欄（名前等）をその場で保健指導利用希望者に記入してもらう
- ・ 様式は複写になっているため、「かかりつけ医療機関用」は自院で保管し、残る「一市三町国保保健事業担当課用」は後述の「受診報告書」と共に一市三町の国保保健事業担当課宛に送付、「保健指導実施医療機関用」と「保健指導利用者用」は保健指導利用希望者に渡し、「保健指導実施医療機関用」を保健指導実施医療機関に持参してもらう



イ. 保健指導依頼（指示書）

- ・ 必要事項を記入し、保健指導利用勸奨対象者に渡してください
- ※ 本状の作成にかかる費用については、診療情報提供料として一市三町の国保へ保険請求いただきますよう、お願いいたします。

(3) 保健指導利用にあたっての注意点を説明する

- ア. 保健指導受託医療機関は、利用勸奨通知に同封の「医療機関一覧表」から選択すること
- イ. 保健指導受託医療機関へ、必ず事前に予約をすること
- ※ 初回面談の実施期限は12月末（保健指導実施医療機関の最終診察実施日）まで（12月以降は、新規の指導希望者を受け付けることができないため、早めに予約をするよう説明をお願いします）。
- ウ. 保健指導の初日に、保健指導実施医療機関へ「保健指導同意書」「保健指導依頼（指示書）」（※いずれも記入済みのもの）を持参すること

(4) 受診報告書と保健指導同意書※（※保健指導利用希望者がいる場合のみ）を一市三町の国保保健事業担当課へ送付

- ・ 保健指導利用勧奨対象者が居住する市町国保保健事業担当課宛に、「受診報告書」を送付。
- ・ 受診報告書と返信用封筒、保健指導同意書は、保健指導利用勧奨対象者が持参しています。
- ・ 保健指導利用希望者の保健指導同意書は、「一市三町の国保保健事業担当課用（複写）」を同封してください
- ・ 持参を忘れた場合の対応は、受診勧奨と同様（P3 参照）

5. 保健指導受託医療機関での対応

(1) 事前準備

ア. 指導予約の受付

- ・ 受付簿を作成するなどして、予約受付及び管理を行う
- ・ 予約受け付け時に、当日の持ち物を案内する

<想定される持ち物>

- ・ 健康保険証（※国保資格を確認するために使用）
- ・ 保健指導同意書
- ・ 保健指導依頼（指示書）
- ・ 糖尿病連携パスポート（すでに使用している人）

イ. 相談スペースの確保

- ・ 個室の使用や衝立の活用等、プライバシーに配慮した相談スペースを確保する

ウ. 必要物品の準備

- ・ 指導ツール、糖尿病連携パスポート等の準備

(2) 保健指導当日の流れ

ア. 国保資格の確認（毎回実施）

- ・ 健康保険証の提示を求め、一市三町の国保加入者であることを確認する

イ. 保健指導の概要について説明（初回）

- ・ 保健指導の目的と内容
- ・ 保健指導を行うスタッフ
- ・ 保健指導の実施回数と実施期間、指導1回あたりの所要時間
- ・ 糖尿病連携パスポートの活用について
- ・ 個人情報の取扱い（利用者が持参した同意書を確認）
→必要に応じて、一市三町の国保保健事業担当課から連絡や訪問指導を行うことがある
- ・ 保健指導実施日の変更方法等、施設に応じて追加

ウ. 保健指導の実施

- ・ 別添指導マニュアルに沿って指導を実施

実施期間：6 カ月間（中断等あった場合は、開始後最大 1 年間まで延長可能）
指導回数：概ね 2 ヶ月毎に計 4 回
指導方法：個別面談

エ. 保健指導実施報告書に指導内容を記録し、縮小コピー（A5 縦）をとって保健指導対象者の糖尿病連携パスポートに貼付する

- ※ 貼付した保健指導実施報告書が、かかりつけ医療機関への報告及び指導対象者の記録となります。



オ. 次回の相談日と持ち物を確認する

- ・ 糖尿病連携パスポートは毎回持参してもらう

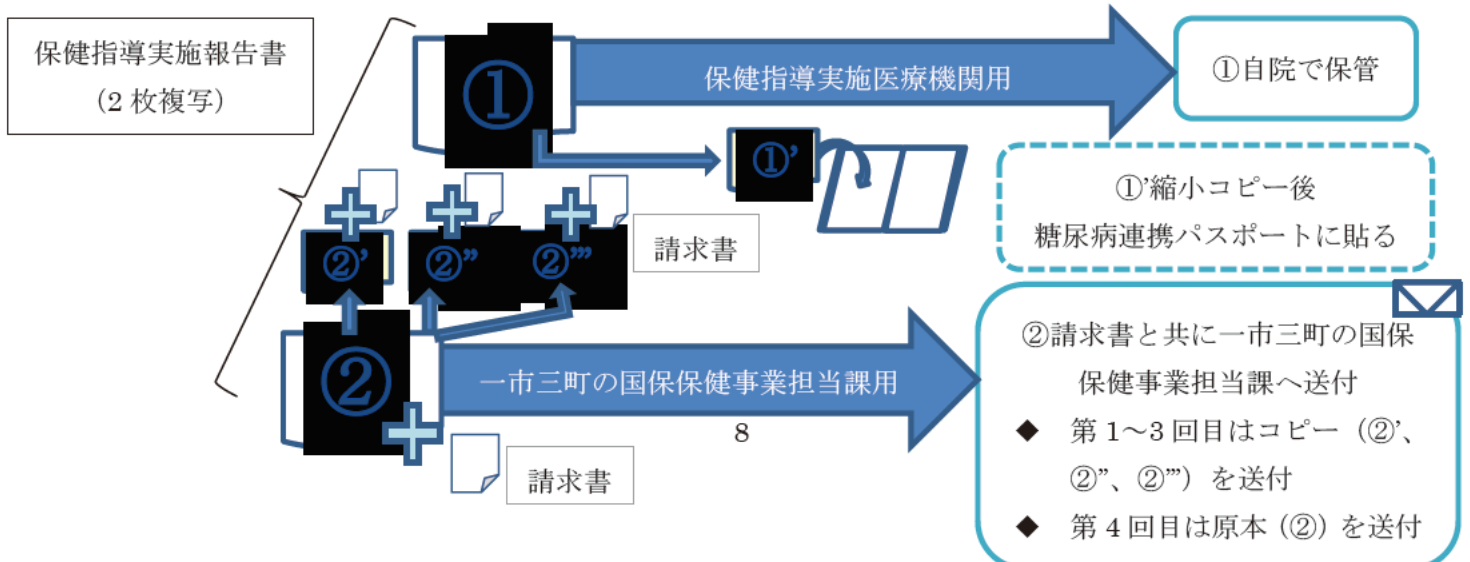
- ※ かかりつけ医療機関受診時に主治医に指導内容を見ていただくこと、また、家庭で測定した血圧値や体重、かかりつけ医療機関で実施した検査結果等、積極的に記録（または検査データの貼付）をいただくよう、説明する

- ・ 予約日に都合が悪くなった際の連絡方法を確認する

(3) 保健指導後の対応

ア. 「保健指導実施報告書（2 枚複写）」と「請求書」を一市三町の国保保健事業担当課に提出する。

- ・ 「保健指導実施報告書」は第 1～3 回目指導分まではコピーを請求書に添付し、第 4 回目の請求時に原本を添付する
- ・ 月締めでの請求とし、指導を行った翌月の 10 日までを目途に請求する
- ・ 提出先は、一市三町の国保保健事業担当課（利用者が居住する市町）宛とする



イ. 次回の保健指導に向けての準備、予約変更等の対応

(4) 困ったときの対応

ア. 保健指導が難しい利用者について対応の助言を希望する場合、または、一市三町の国保保健事業担当課の訪問指導が必要と思われる場合

- ・ 定期的に開催される「糖尿病重症化予防部会」にて事例検討を行い、訪問指導を含む対応の協議を行うこととする
- ・ 「糖尿病重症化予防部会」での協議を希望する場合は、「保健事業実施報告書」にその旨記載するか、直接一市三町の国保保健事業担当課（利用者が居住する市町）へ連絡をする

※ ケース検討を希望する場合は、部会への出席と症例の説明をお願いします

＜一市三町の国保保健事業担当課が訪問指導を行うケース（例）＞

- ・ 保健指導でのやりとりから、生活環境の把握が必要と判断された場合
- ・ 保健指導中断者で、その後連絡がとれない場合 等

↓

「糖尿病重症化予防部会」にてケース検討を行った結果、訪問指導が必要と判断された利用者に対して、訪問指導を実施する。

※ ただし、マンパワーの関係上、同じく部会で判断した優先度に基づき訪問指導を実施することとする

イ. 一市三町国保資格を喪失した場合（転居、社保、後期高齢者医療制度に加入等）

- ・ 一市三町国保委託事業として実施ができないため、国保負担による保健指導は資格喪失時点で終了となる。

※ 資格喪失後については、かかりつけ医に相談するようご説明ください

ウ. 利用者からの苦情や保健指導利用中に事故が発生した場合

- ・ 速やかに一市三町の国保保健事業担当課（利用者が居住する市町）に報告をお願いします。

※ 苦情または事故内容、及び再発防止策について記録の提出をお願いします。

エ. 保健指導実施予定日に台風の襲来や大雪が予測される場合

- ・ 保健指導利用者の安全を最優先に考え、早めに指導日の変更等対応をお願いします。

(5) 個人情報の管理

- ・ 業務を実施するにあたっては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を遵守し、適切に取り扱う。

<関係法規等>

- ・ 個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）
- ・ 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年、個人情報保護委員会・厚生労働省）

Ⅲ. 一市三町の国保保健事業担当課連絡先

| | 連絡先 | |
|------------|------|--------------|
| | | |
| 四日市市 保険年金課 | 電話 | 059-354-8158 |
| | ファクス | 059-359-0288 |
| 菰野町 健康福祉課 | 電話 | 059-391-1126 |
| | ファクス | 059-394-3423 |
| 朝日町 保険福祉課 | 電話 | 059-377-5659 |
| | ファクス | 059-377-2790 |
| 川越町 健康推進課 | 電話 | 059-365-1399 |
| | ファクス | 059-365-2940 |

〒<郵便番号>

<住所>

<名前>

様

<連番>

イラストなど、各市町によって、
体裁が異なる場合があります

過去の市国保特定健康診査の結果、糖尿病に関する検査結果で気になる項目があった人にご案内しています

医療機関受診のご案内

医療機関で早めの糖尿病対策を始めませんか？

生活習慣病の中でも、特に糖尿病は重症化すると命に関わる重篤な合併症を引き起すため、早めの対策が重要です。

市国民健康保険では、「**糖尿病性腎症重症化予防事業**」の一環として、過去の市国保特定健康診査の結果から糖尿病の発症や悪化が心配な人を対象に、医療機関の受診をお勧めするご案内を送付しています。あなたの健康を守るために、**今まで受診する機会がなかった人は、できるだけ早くお近くの医療機関を受診しましょう。**

(※すでに医療機関を受診し、糖尿病の治療をしている人に行き違いのご連絡となりましたら、ご容赦ください。)

受診までの流れ

本状に同封の

- ①主治医宛説明文書
- ②受診報告書
- ③返信用封筒

※「主治医様」と書いた封筒に入っています

- ④(あれば)直近の健康診断結果票
- ⑤健康保険証

以上5点を持って、お近くの医療機関を受診してください。



<医療機関にて>

医師の診察、治療開始(※保険診療のため、窓口負担があります)

- * 医師の判断により、保健指導事業(生活習慣のアドバイス等)の利用をご案内する場合があります。

ご案内

- ✚ このご案内を送付した人の受診状況について確認をするため、後日市担当者からお電話や訪問等をさせていただく場合がありますので、ご了承ください。



<このご案内に関するお問い合わせ先>

四日市市 保険年金課 管理係 担当:〇〇

電話:354-8158 ファクス:359-0288

医療機関 各位

一市三町国保保健事業担当課

「糖尿病性腎症重症化予防事業」にかかる受診勧奨対象者のご案内について（依頼）

平素は、本市の国民健康保険事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて本市の国民健康保険では、平成 31 年度から公益社団法人四日市医師会と四日市市、菰野町、朝日町、川越町の一市三町で「地域の医療機関と連携した糖尿病性腎症重症化予防」の取り組みを進めています。この度「糖尿病性腎症重症化予防事業」にかかる受診勧奨対象者様が貴院を受診されましたので、ご高診を賜りますよう、お願い申し上げます。

また、受診勧奨対象者の医療機関受診を把握いたしたく、同封の受診報告書を返信用封筒にて一市三町の国保保健事業担当課（受診勧奨対象者が居住する市町）にご返送くださいますよう、併せてお願い申し上げます。

記

1. 「糖尿病性腎症重症化予防事業」について

- ・ 一市三町国保が保有する特定健康診査の結果や診療情報明細書（レセプト）のデータを活用して対象者を抽出し、①医療機関への受診勧奨、②保健指導利用勧奨を実施。
- ・ 各対象者が医療機関を受診後、医師の判断に基づき①治療の開始、②保健指導の利用へとつなげることで、糖尿病性腎症の重症化を予防する。

2. 「糖尿病性腎症重症化予防事業」受診勧奨対象者

(1) 前々年度市国保特定健康診査にて

- ・ 空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上、かつ尿蛋白 1+以上
- ・ 上記に加え、前年度市国保特定健康診査未受診で糖尿病のレセプトがない人

(2) 前年度市国保特定健康診査にて

- ・ 空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上
- ・ かつ健診結果が要治療・要医療で、6 カ月間未受療

(3) 前年度市国保特定健康診査にて

- ・ 空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上、かつ尿蛋白 1+以上
- ・ 糖尿病のレセプトがない、もしくは治療を中断している人

3. 受診報告書の返送について

- ・ 誠に勝手ながら、受診勧奨対象者が受診をされてから一週間後を目途に、一市三町の国保保健事業担当課（受診勧奨対象者が居住する市町）までご返送くださいますよう、お願いいたします。

※ 受診報告書の返送が無い場合、医療機関未受療者と判断され、一市三町の国保保健事業担当課から受診勧奨対象者様へ受診勧奨の電話や訪問を実施する場合があります。

<事務担当者>

〇〇市（町）〇〇課 〇〇係 〇〇

電話：059-□□□-□□□□、ファクス：059-□□□-□□□□

(宛先)

一市三町国保保健事業担当課

年度 医療機関受診報告書

本日、下記の方が来院しましたので報告します。

記

| | | | |
|------|--|---------------|-------|
| 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | | 国民健康保険証 番号 | |
| 住所 | | | |

| | |
|-------|------------|
| 来院日 | 年 月 日 |
| 診察の結果 | 要治療 ・ 治療不要 |
| 備考欄 | |

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
|-------|--|

※ 来院日から一週間後を目途に、返信用封筒にて一市三町国保保健事業担当課（受診者が居住する市町）
にご返送くださいますよう、お願いいたします

〒<郵便番号>

<住所>

<氏名> 様 <連番>

イラストなど、各市町によって、
体裁が異なる場合があります

保健指導利用のご案内



専門職があなたを応援！

糖尿病保健指導を利用しませんか？

生活習慣病の中でも、特に糖尿病は重症化すると命に関わる重篤な合併症を引き起すため、早めの対策が重要です。

市国民健康保険では、「糖尿病性腎症重症化予防事業」の一環として、過去の市国保特定健康診査の結果から糖尿病の発症や悪化が心配な人を対象に、医療機関で実施する保健指導の利用をお勧めするご案内を送付しています。

「気をつけていてもなかなか検査データが改善しない」、「糖尿病との上手なつきあい方について知りたい」等、気になることがある人は、下記の要領でかかりつけ医療機関にてご相談ください。



保健指導利用までの流れ

- | | | |
|-----------|----------|---------------------------|
| ①主治医宛説明文書 | ④受診報告書 | } ⑦以外は 本状に同封されて います |
| ②保健指導同意書 | ⑤医療機関一覧表 | |
| ③保健指導指示書 | ⑥返信用封筒 | |
| | ⑦健康保険証 | |
| | | |



以上7点を持って、かかりつけ医療機関を受診してください。

<かかりつけ医療機関にて>

- ・ 医師より保健指導の利用が望ましいと判断された場合は、保健指導同意書を記入し、保健指導を受ける医療機関を選択します。
- ・ 「保健指導指示書」の記入をかかりつけ医に依頼します。



- ・ 保健指導を受ける医療機関へ連絡し、保健指導を予約する。
- ・ 「保健指導同意書」と「保健指導指示書」を持って、保健指導実施医療機関へ。

保健指導開始



ご案内

✦ このご案内を送付した人の受診状況について確認をするため、後日市担当者からお電話や訪問等をさせていただきます場合がありますので、ご了承ください。

<このご案内に関するお問い合わせ先>

四日市市 保険年金課 管理係 担当:〇〇 電話:354-8158 ファクス:359-0288

医療機関 各位

一市三町国保保健事業担当課

「糖尿病性腎症重症化予防事業」にかかる保健指導の利用勧奨について（依頼）

平素は、本市の国民健康保険事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて本市国民健康保険では、平成 31 年度から公益社団法人四日市医師会と四日市市、菰野町、朝日町、川越町の一市三町で「地域の医療機関と連携した糖尿病性腎症重症化予防」の取り組みを進めています。この度、貴院の患者様を「糖尿病性腎症重症化予防事業」にかかる保健指導利用勧奨対象者として選定させていただきました。

つきましては、ご高診を賜りますとともに、保健指導の利用が必要と判断された場合は利用を勧奨くださいますよう、お願い申し上げます。

また、保健指導利用勧奨対象者の医療機関受診を把握いたしたく、同封の受診報告書を返信用封筒にて一市三町の国保保健事業担当課（利用勧奨対象者が居住する市町）にご返送くださいますよう、併せてお願い申し上げます。

記

1. 「糖尿病性腎症重症化予防事業」について

- ・ 一市三町国保が保有する特定健康診査の結果や診療情報明細書（レセプト）のデータを活用して対象者を抽出し、①医療機関への受診勧奨、②保健指導利用勧奨を実施。
- ・ 各対象者が医療機関を受診後、医師の判断に基づき①治療の開始、②保健指導の利用へとつなげることで、糖尿病性腎症の重症化を予防する。

2. 「糖尿病性腎症重症化予防事業」保健指導利用勧奨対象者

前年度市国保特定健康診査にて

- ・ 空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上かつ尿蛋白 1+以上
- ・ かつ、糖尿病のレセプトがある人、または、糖尿病のレセプトは無いが他の内科系のレセプトがある人

3. 受診報告書の返送について

- ・ 誠に勝手ながら、保健指導利用勧奨対象者様が受診をされてから一週間後を目途に、一市三町の国保保健事業担当課（利用勧奨対象者が居住する市町）までご返送くださいますよう、お願いいたします。
- ※ 受診報告書の返送が無い場合、一市三町の国保保健事業担当課から保健指導利用勧奨の電話や訪問を実施する場合があります。

<事務担当者>

〇〇市（町）〇〇課 〇〇係 〇〇

電話：059-□□□-□□□□、ファクス：059-□□□-□□□□

糖尿病性腎症重症化予防事業参加同意書

年 月 日

かかりつけ医療機関 様
 保健指導実施医療機関 様
 一市三町国保保健事業担当課長 様

私は、「糖尿病性腎症重症化予防事業」への参加を希望します。なお、本事業に係る個人情報（かかりつけ医療機関で実施した各種検査結果、保健指導実施医療機関で実施した保健指導の内容、一市三町国保保健事業担当課が保有する特定健康診査結果等）については、下記かかりつけ医療機関、保健指導実施医療機関、一市三町国保保健事業担当課にて保管し、必要時保健指導（一市三町国保保健事業担当課からの連絡や訪問指導を含む）に活用することに同意します。

記

| | | | |
|---------------|--|----|-------|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 被保険者証番号 | | | |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 — | | |
| 電話番号 | ① — — [携帯・自宅・その他 ()] ② — — [携帯・自宅・その他 ()] ※日中連絡がとりやすい番号をご記入ください ◆平日で電話がつながりやすい時間帯がありましたら、ご記入ください (時から 時頃) | | |
| かかりつけ医療機関名 | | | |
| かかりつけ医療機関電話番号 | — — | | |

糖尿病性腎症重症化予防保健指導依頼（指示書）

年 月 日

保健指導実施医療機関 様

医療機関名

住 所

主 治 医

㊦

（記名・押印または署名をお願いします。）

次のとおり保健指導を依頼します

| | | | | |
|--|--|------|--------|-------|
| （ふりがな） 患者氏名 | （ ） | 生年月日 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 |
| 住所 | | | 電話番号 | |
| 病名・合併症 （該当病名に○をしてください） | ・糖尿病性腎症（ ）期） ・網膜症 ・神経障害 ・歯周病 ・虚血性心疾患 ・脳血管障害 ・高血圧 ・脂質異常症 ・高尿酸血症 ・その他（ ） ・既往歴（ ） | | | |
| 現在使用している 糖尿病治療薬 | ①内服薬 [] ②注射薬（インスリン、GLP-1 受容体作動薬） ・製剤名（ ） 朝 単位又は mg 昼 単位又は mg 夕 単位又は mg 眠前 単位又は mg ・製剤名（ ） 朝 単位又は mg 昼 単位又は mg 夕 単位又は mg 眠前 単位又は mg ・製剤名（ ） 朝 単位又は mg 昼 単位又は mg 夕 単位又は mg 眠前 単位又は mg | | | |
| 現在の数値等 検査日（ 月 日） | ①身長 _____ cm ②体重 _____ kg ③HbA1c _____ % ④血圧 _____ / _____ ⑤随時血糖値 _____ mg/dl（食後 _____ 時間） ⑥eGFR _____ ml/分/1.73m ² ⑦尿蛋白 _____ 1 + 2 + 3 + ⑧尿アルブミン値 _____ mg/gCr ⑨尿蛋白値 _____ g/gCr | | | |
| 保健指導に関する指示事項 | | | | |
| ◆該当事項をチェックしてください | | | | |
| 保健指導を実施するにあたり、留意すべきことがあればご指示ください。 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1日摂取エネルギー量 （標準体重 1 Kg あたり） | ①25～30kcal（軽労作、デスクワーク） ②30～35kcal（普通労作、立ち仕事） ③35kcal 以上（重労作、力仕事） ④その他（ ） | | | |
| <input type="checkbox"/> 1日塩分摂取量の制限 | 不要 ・ 必要（ _____ g 以下） | | | |
| <input type="checkbox"/> 運動療法 | 不要または不可（その理由： _____） 必要（具体的な指示： _____） | | | |
| <input type="checkbox"/> その他指示等 | | | | |

(宛先)
一市三町国保保健事業担当課

年度 医療機関受診報告書

本日、下記の方が来院しましたので報告します。

| | | | |
|------|--|---------------|-------|
| 名前 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | | 国民健康保険証 番号 | |
| 住所 | | | |

| | |
|--------------------------|--|
| 来院日 | 年 月 日 |
| 結果 ※当てはまるものに○をふってください | 1. 糖尿病性腎症重症化予防保健指導を利用 <u>指導実施医療機関</u> → 自院 ・ 他院（医療機関名： ） 2. 指導の必要なし 3. その他（ ） |
| 医療機関名 | |

※ 来院日から一週間後を目途に、返信用封筒にて一市三町国保保健事業担当課（受診者が居住する市町）にご返送くださいますよう、お願いいたします

糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導実施報告書

| | 第1回目 | 第2回目 | 第3回目 | 第4回目 |
|--|--|----------------------------------|--|----------------------------------|
| 名前 | <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 医師 |
| | <input type="checkbox"/> 看護師・保健師 | <input type="checkbox"/> 看護師・保健師 | <input type="checkbox"/> 看護師・保健師 | <input type="checkbox"/> 看護師・保健師 |
| 指導実施医療機関名 | <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | <input type="checkbox"/> 管理栄養士 |
| | <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 |
| 指導実施者 | | | | |
| 指導項目内容 | R 年 月 日 | R 年 月 日 | R 年 月 日 | R 年 月 日 |
| I 疾患の理解 | | | | |
| ①糖尿病と合併症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②糖尿病腎症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③糖尿病腎症の検査と目標 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II 食事療法の理解 | | | | |
| ④糖尿病腎症の食事療法 エネルギー _____ Kcal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤塩分 _____ g | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III 日常生活の自己管理 ・糖尿病腎症を改善できる方法 | | | | |
| ⑥体重・血圧・食事・運動記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑦脱水予防、⑧感染予防、⑨禁煙 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IV.薬物療法の理解 | | | | |
| ⑩薬の種類と効果(服用時の注意点) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V 次回までの行動目標と計画 | | | | |
| ● 適切なカロリー摂取 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● 減塩 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● 血圧・体重・食事・運動記録 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● 禁煙の実施 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● 脱水・感染予防 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● 薬剤管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● その他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 特記事項・評価 | | | | |
| 一市三町の国保保健事業担当課への 訪問指示 ※ありの場合は理由や観察事項を ご記入ください | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |

_____年度糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導請求書

四日市市長 様

医療機関の
所在地
名称
代表者氏名
電話番号
FAX番号

印

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関コード | 2 | 4 | 1 | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

_____年度糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導業務委託の委託料について、
下記の通り請求します。

年 月 日

請求金額 円

<内訳>

| 保健指導 | 単価(税抜) | 請求件数 | 請求金額 |
|------|--------------------|------|------|
| 第1回目 | 1回あたり | 件 | 円 |
| 第2回目 | 3,500円 | 件 | 円 |
| 第3回目 | ※3,780円 (税8%込) | 件 | 円 |
| 第4回目 | ※3,850円 (税10%込) | 件 | 円 |
| 合計 | | 件 | 円 |

_____年度糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導請求書

菰野町長 様

医療機関の
所在地
名称
代表者氏名
電話番号
FAX番号

印

| | |
|--------|--|
| 債権者No. | |
|--------|--|

_____年度糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導業務委託の委託料について、
下記の通り請求します。

年 月 日

請求金額 円

<内訳>

| 保健指導 | 単価(税抜) | 請求件数 | 請求金額 |
|------|--------------------|------|------|
| 第1回目 | 1回あたり | 件 | 円 |
| 第2回目 | 3,500円 | 件 | 円 |
| 第3回目 | ※3,780円 (税8%込) | 件 | 円 |
| 第4回目 | ※3,850円 (税10%込) | 件 | 円 |
| 合計 | | 件 | 円 |

_____年度糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導請求書

朝日町長 様

医療機関の
所在地
名称
代表者氏名
電話番号

印

_____年度糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導業務委託の委託料について、
下記の通り請求します。

年 月 日

請求金額 円

<内訳>

| 保健指導 | 単価(税抜) | 請求件数 | 請求金額 |
|------|--------------------|------|------|
| 第1回目 | 1回あたり | 件 | 円 |
| 第2回目 | 3,500円 | 件 | 円 |
| 第3回目 | ※3,780円 (税8%込) | 件 | 円 |
| 第4回目 | ※3,850円 (税10%込) | 件 | 円 |
| 合計 | | 件 | 円 |

| 振込先金融機関名 | 預金種目 | 口座番号 | 口座名義人 |
|----------|------|------|--------|
| 銀行 支店 | 当座 | | (ふりがな) |
| 農協 支所 | 普通 | | |

_____年度糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導請求書

川越町長 様

医療機関の
所在地
名称
代表者氏名
電話番号
FAX番号

| | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関コード | 2 | 4 | 1 | | | | | | |
|---------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|

_____年度糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導業務委託の委託料について、
下記の通り請求します。

_____年 _____月 _____日

請求金額 _____円

<内訳>

| 保健指導 | 単価(税抜) | 請求件数 | 請求金額 |
|------|--------------------|------|------|
| 第1回目 | 1回あたり | 件 | 円 |
| 第2回目 | 3,500円 | 件 | 円 |
| 第3回目 | ※3,780円 (税8%込) | 件 | 円 |
| 第4回目 | ※3,850円 (税10%込) | 件 | 円 |
| 合計 | | 件 | 円 |

| 振込先金融機関名 | 預金種目 | 口座番号 | 口座名義人 |
|----------|------|------|--------|
| 銀行 支店 | 当座 | | (ふりがな) |
| 農協 支所 | 普通 | | |