**保健指導実施報告書**

様式２

年　　　月　　　日

医療機関名

（医師氏名）　　　　　　　　　　様

保険者名

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 患者氏名 |  | 性　別 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | 年　齢 | 　　　　歳 |
| 住　　所 |  |
| 保健指導年月日 | 【指導開始】　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 【指導修了】　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| ＜行動目標及び達成状況＞ |
| 行動目標 |  |
| 達成状況 |  |
| ＜保健指導内容＞ |
| 延べ指導回数 |  | 回 |
| 延べ指導回数の内訳 | （【訪問】：　　　　回　・　【面接】：　　　 回　・　【電話】：　　　　回） |
| 終了の区分 | □ | 修　了 | □ | 中　断 | □ | その他 |
| 行動目標の達成要因 | □ | 指導者の定期的な励ましや助言 | □ | 医師の励ましや助言 |
| □ | 家族や周囲の励ましや助言 | □ | 検査結果に変化 |
| □ | その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 行動目標における未達成や中断等の理由 | □ | 目標設定が高すぎた | □ | 仕事等で忙しかった |
| □ | 本人のモチベーションが維持できなかった |
| □ | その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜自由記載＞ |
|  |
| ＜検査値の変化＞　※保険者担当者は、糖尿病手帳や医療機関から情報収集し、記載すること。 |
| 検査項目 | 指導前 | 直近値 | 備　考 |
| 検査日：　　　年　　月　　日 | 検査日：　　　年　　月　　日 |
| HbA1c |  |  |  |
| 　　　 | （％） |  | （％） |  |
| eGFR |  |  |  |
|  | (ml/分/1.73㎡) |  | （ml/分/1.73㎡) |  |
| 尿蛋白値（あるいはアルブミン尿値） | － ・ ± ・ + ・ ⧺ ・ ⧻ | － ・ ± ・ + ・ ⧺ ・ ⧻ |  |
| ＜保険者担当者＞ |
| 担当課・係名 | 電話番号 | 職　種 | 担当者名 |
|  |  |  |  |