**行政へ依頼用**

**【保健指導依頼書】**

様式　１

**【受診者記入欄】下記の太枠内については，受診者が記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)  受診者氏名 | (　　　　　　) | 生年  月日 | T　M  S　H　　　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 性　別 | 男 ・ 女 | 住所 |  | 電話 |  |
| ＊下記受診結果を，保健指導実施のため，お住まいの市町に情報提供することに同意しますか。  該当する方を○で囲んでください。（提供した情報は目的以外に使用することはありません。）  **・同意する　　　　・同意しない** | | | | | |

【医療機関記入欄】

い　　　　　　　長　殿

上記の方につきましては，診察の結果，下記疾患の病状改善，重症化予防のために生活習慣の改善が必要であり，基本的な保健指導が効果的と思われますので，対応願います。

【医療機関名】

指示年月日：　　年　　月　　日

【主治医】

**１　保健指導対象疾患**

**※上記以外の疾患名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**２　検査値　（下記検査データの記入あるいはデータの添付をお願いします。糖尿病連携手帳や血圧手帳等がある場合は，指導時に持参いただくようご指導お願いします。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **検査項目** | **検　査　値** | **検査項目** | **検　査　値** |
| **体　格** | **身長　　　cm，体重　　　kg，BMI** | **AST(GOT)** | **ＩＵ／Ｌ** |
| **血　圧** | **／　　　 mmHg ，脈拍　　 /分** | **ALT(GPT)** | **ＩＵ／Ｌ** |
| **血　糖** | **空腹時　　　　mg／dl・随時　　　　mg／dl(食後　　　時間)** | **γＧＴＰ** | **ＩＵ／Ｌ** |
| **HｂA1c** | **％** | **ＢＵＮ** | **mg／dl** |
| **LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ** | **mg／dl ( 空腹時・随時 )** | **Ｃｒ** | **mg／dl** |
| **HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ** | **mg／dl ( 空腹時・随時 )** | **eGFR** | **ｍL／min／1.73㎡** |
| **中性脂肪** | **mg／dl ( 空腹時・随時 )** | **尿酸** | **mg／dl** |
| **内服薬**  **(記入或いは　お薬手帳持参)** |  | **尿蛋白** | **－　±　＋　２＋　３＋** |
| **その他** |  | | |

**３　保健指導の項目（□にチェックし，各項目の該当するものを○で囲んでください）**

**□栄養・食事**

1. エネルギー・栄養素：□をチェックしてしてください。

□１２００kcal(15単位)　(炭水化物167g,蛋白質54g,脂質35g)＊

□１４４０kcal(18単位)　(炭水化物204g,蛋白質66g,脂質40g)＊

□１６００kcal(20単位)　(炭水化物223g,蛋白質72g,脂質47g)＊

□１８４０kcal(23単位)　(炭水化物260g,蛋白質84g,脂質52g)＊

□その他( 　　　 )kcal　(炭水化物 g、蛋白質 g、脂質 g)

＊【出典】糖尿病食事療法のための食品交換表（第７版）

２）特に指示のある場合に,□にチェックの上，該当するものを○で囲んでください。

□　塩分制限 　6g　・　7g　・　8g　・　他（　　）g　未満

□　コレステロール制限　　300mg　・　他（　　　　）mg　以下

□　アルコール　適量指導　・　禁酒　・　他（　　　　　　　　　　　　　　）

□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**□運動**

□　運動方法及び運動量(厚生労働省「健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023」参照)

□　積極的な運動は控える

**□禁煙指導**