

糖尿病重症化予防保健指導指示依頼書

令和 年 月 日

(宛先) 秋田市長

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)

電話番号

次のとおり保健指導を依頼します。

氏名		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住所			電話番号	
<p>・「糖尿病重症化予防保健指導」を必要と判断した理由 ()</p> <p>・6か月後の達成目標 ()</p> <p>【指示事項】 1日の摂取栄養量等を次のとおり指示します。</p> <p><input type="checkbox"/> エネルギー摂取量 (kcal)</p> <p><input type="checkbox"/> 塩分摂取量 (g)</p> <p><input type="checkbox"/> 蛋白質摂取量 (g)</p> <p><input type="checkbox"/> 運動制限 (なし ・ あり) ありの場合制限の程度 ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他 _____</p>				
最新の 数値等	身長	血压	尿蛋白	eGFR
	cm	/ mmHg	(- ± + ++ +++)	ml/分/1.73m ²
/ 現在	体重	HbA1c	血糖値	その他
	kg	%	mg/dl (空腹時・食後 分)	