

宇和島市糖尿病性腎症等重症化予防事業実施要領
(宇和島市糖尿病性腎症等重症化予防プログラム)

【令和4年度国保・後期高齢者改定版】

1 目的

生活習慣病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者について、受診勧奨及び保健指導を行うことで適切な治療と生活習慣改善に結びつける。また、糖尿病性腎症等で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い通院患者に、医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止することにより、市民の健康寿命の延伸を図る。

2 医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者への受診勧奨

(1) 対象者の抽出

特定健診等受診結果及びレセプトデータ等から対象者を抽出する。

① 医療機関未受診者

特定健診等受診結果において、各疾病ガイドライン等に基づき定めた対象者の基準（別紙1）に該当する者から、年齢やリスクの重なり、経年経過を考慮して対象者を抽出する。

② 糖尿病治療中断者

ア 通院中の患者で最終の治療日から1年間経過しても治療した記録が無い者

イ 過去3年間の健診結果及びレセプトデータから糖尿病が明らかなる者（糖尿病治療歴があり、HbA1c6.5%以上が確認されている者、後期高齢者についてはHbA1c7.0%以上が確認されている者）で、最近1年間に治療歴がない者から、年齢やリスクの重なりを考慮して対象者を抽出

(2) 受診勧奨の方法

- ① 医療機関未受診者には、郵送による通知及び健診結果説明会、訪問等において受診勧奨を行う。
- ② 糖尿病治療中断者には、電話及び個別面談等で受診勧奨を行う。

(3) 受診行動の確認

生活習慣病連絡票（様式3）及びレセプトデータ等で、受診勧奨後の受診状況を確認し、受診が確認されず再度の勧奨が必要と思われる場合は、別の方法で受診勧奨を行う。

3 保健指導

(1) 保健指導実施までの手順 ※別紙2 運用フロー図参照

- ① 対象者へ医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者に次の書類等（ア～エ）を郵送（又は手交等）する。
 - ア 受診勧奨文書（様式1）
 - イ 主治医宛文書（様式2）
 - ウ 生活習慣病連絡票（様式3）
 - エ 返信用封筒

- ② ①のア受診勧奨文書（様式1）には、かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、検査データ等を市も共有する必要があることを明確に示す。対象者は、それに同意する場合のみ①のイ～オをかかりつけ医へ持参する。
- ③ かかりつけ医は必要な検査等を行い、保健指導が必要かどうか判断する。（特定健診受診者については、血糖値及びHbA1c等の結果より糖尿病と認められる場合はアルブミン尿検査を行い、検査データ等を市から各医療機関へ配布している糖尿病連携手帳に記入し、本人へ渡す。） ※別紙3 糖尿病性腎症病期分類参照
- ④ かかりつけ医はウ生活習慣病連絡票（様式3）に診察結果及び保健指導の必要の有無等を記入し、返信用封筒で宇和島市へ送付する。その際、保健指導が必要な場合は、患者に保健指導の希望の有無について確認し、希望した場合は保健指導指示内容を明記する。

（2）保健指導の実施及び情報の共有

- ① 保健師及び管理栄養士等（以下「指導実施者」という。）は、対象者に対して生活習慣病連絡票（様式3）の保健指導指示内容に基づき、保健指導を実施する。保健指導は、別紙4 保健指導プログラム（例）に準拠して行う。
- ② 指導実施者は、初回面接の指導内容を生活習慣病保健指導報告書（様式4）にてかかりつけ医へ送付するとともに必要に応じ実施状況を報告する。糖尿病性腎症重症化予防対象者については、糖尿病連携手帳等を活用し、対象者及びかかりつけ医等と情報を共有する。

4 かかりつけ医からの依頼による通院患者等に対する保健指導の実施

- （1）かかりつけ医は、生活習慣改善が困難な患者、治療を中断しがちな患者等で、市の保健師及び管理栄養士等の保健指導が必要と判断した患者について、本人の同意を得たうえで、宇和島市に依頼する。
- （2）宇和島市は、生活習慣病連絡票（様式3）をかかりつけ医に送付する。かかりつけ医は、生活習慣病連絡票（様式3）に診察結果及び保健指導指示内容等を記入し、宇和島市へ送付する。
- （3）宇和島市は、3（2）のとおり保健指導の実施及び情報の共有を行う。

5 糖尿病性腎症に係るかかりつけ医と専門医等の連携

- （1）かかりつけ医は、通院中の患者で、専門医の受診が必要な者に対して、専門医の受診を勧める。
- （2）かかりつけ医と専門医との連携において糖尿病連携手帳を活用する。

6 フィットネスジム等との連携

- （1）かかりつけ医は、対象者に対して運動指導が必要と判断した場合には、保健指導の指示を行う。
- （2）フィットネスジム等の担当者は、かかりつけ医の指示に基づき、対象者へ運動指導を実施する。

7 記録及び保存

- （1）糖尿病性腎症等生活習慣病予防対象者名簿を作成する。
- （2）対象者の健康記録票を作成し、支援内容及び経過等を記録、保管する。

8 報告及び費用決済

(1) 報告

生活習慣病連絡票の宇和島市報告用（1枚目）（様式3）は、その都度すみやかに返信用封筒にて宇和島市保険健康課へ送付する。

(2) 費用決済

宇和島市は生活習慣病連絡票文書作成料として1,100円（税込）を医療機関に支払うものとする。

①宇和島医師会会員の医療機関の場合

ア 医療機関は、生活習慣病連絡票文書作成料内訳書（様式5）（以下「内訳書」という。）を、受診した翌月の10日までに宇和島医師会に提出する。同時に内訳書（様式5）の写しを宇和島市保険健康課に提出する。

イ 宇和島医師会は、医療機関の内訳書を取りまとめた上で、受診した翌月の20日までに宇和島市保険健康課に、請求（様式6-①）するものとする。

ウ 保険健康課は、請求書を受領後、すみやかに文書作成料を宇和島医師会に支払うものとする。

②その他の医療機関の場合

ア 保険健康課は、生活習慣病連絡票（様式3）に診療結果及び保健指導の必要の有無等を記載しようとする医療機関へ、請求書（様式6-②）を送付する。

イ 保険健康課は、生活習慣病連絡票（様式3）作成を確認及び請求書（様式6-②）を受領後、すみやかに文書作成料を支払うものとする。

9 事業評価

受診勧奨、保健指導の実施状況、特定健診結果及びレセプトデータ等から事業評価を行う。

<短期的な指標>

- ・受診勧奨実施率
- ・未受診者に対する受診勧奨実施率
- ・受診勧奨者の医療機関受診率
- ・指示に基づく保健指導実施率
- ・対象者の検査値の推移

<中長期的な指標>

- ・生活習慣病に係る医療費の推移（糖尿病・高血圧・心疾患）
- ・新規人工透析導入患者数の推移
- ・人工透析に係る医療費の推移
- ・脳卒中、虚血性心疾患による死亡率の推移

<KPI>

- ・新規人工透析患者数 5%減少

別紙・様式一覧

- 別紙 1 宇和島市糖尿病性腎症等重症化予防対象者の基準
- 別紙 2 宇和島市糖尿病性腎症等重症化予防プログラムの運用フロー図
- 別紙 3 糖尿病性腎症病気分類
- 別紙 4 宇和島市糖尿病性腎症等重症化予防 保健指導プログラム（例）
- 別紙 5 フィットネスジム等連携保健指導業務対象者の基準

- 様式 1－① 糖尿病性腎症重症化予防のための医療機関受診のご案内
- 様式 1－② 生活習慣病重症化予防のための医療機関受診のご案内
- 様式 2－① 主治医宛文書（糖尿病性腎症）
- 様式 2－② 主治医宛文書（糖尿病性腎症除く）
- 様式 3－① 生活習慣病連絡票（糖尿病性腎症）
- 様式 3－② 生活習慣病連絡票（糖尿病性腎症除く）
- 様式 4 生活習慣病保健指導報告書
- 様式 5 生活習慣病連絡票文書作成料内訳書
- 様式 6－① 請求書（宇和島市医師会）
- 様式 6－② 請求書（宇和島市医師会以外）

1 受診勧奨項目及び受診勧奨値(表1)

	検査項目	数値等	
		40～74歳	75～79歳
①	空腹時血糖	126mg/dl以上(随時血糖200mg/dl以上)	
②	HbA1c	6.5%以上	7.0%以上
③	血圧	Ⅲ度高血圧	収縮期血圧180以上 かつ/または 拡張期血圧110mmHg以上
		Ⅱ度高血圧	収縮期血圧160～179 かつ/または 拡張期血圧100～109mmHg
④	LDLコレステロール	180mg/dl以上	
⑤	尿検査	尿蛋白(++)以上または尿蛋白(+)尿潜血(+)	尿蛋白(++)以上
⑥	腎機能検査	eGFR50未満	eGFR40未満
		eGFR50～60未満及び蛋白尿(+)以上	
		*70歳以上の場合はeGFR40未満	
⑦	心電図	心房細動・ST所見有り(要医療)	
⑧	低栄養		BMI18.5未満

※強めの受診勧奨

①②を満たす者の内以下のいずれかに該当する者は強めの受診勧奨を行う

ア HbA1c7.0%以上(*40～74歳のみ)

イ 尿蛋白(+)以上

ウ eGFR60ml/分/1.73m²未満

エ I度高血圧以上(収縮期血圧140以上 かつ/または 拡張期血圧90mmHg以上)

<留意事項>

- ・高血圧を合併した場合の腎症の進行は早く、重症化しやすいこと等から、高血圧を含む複数の項目に該当する場合は、必ず医療機関を受診するよう、強力な受診勧奨が必要である。
- ・高血圧は、高血圧治療中の者(既往歴のある者)も含む。
- ・△eGFRによる評価も行い、よりハイリスクな者を優先的に対象者とする。

2 重症化予防対象者の位置づけと検査項目

愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者基準 表1 検査項目①②

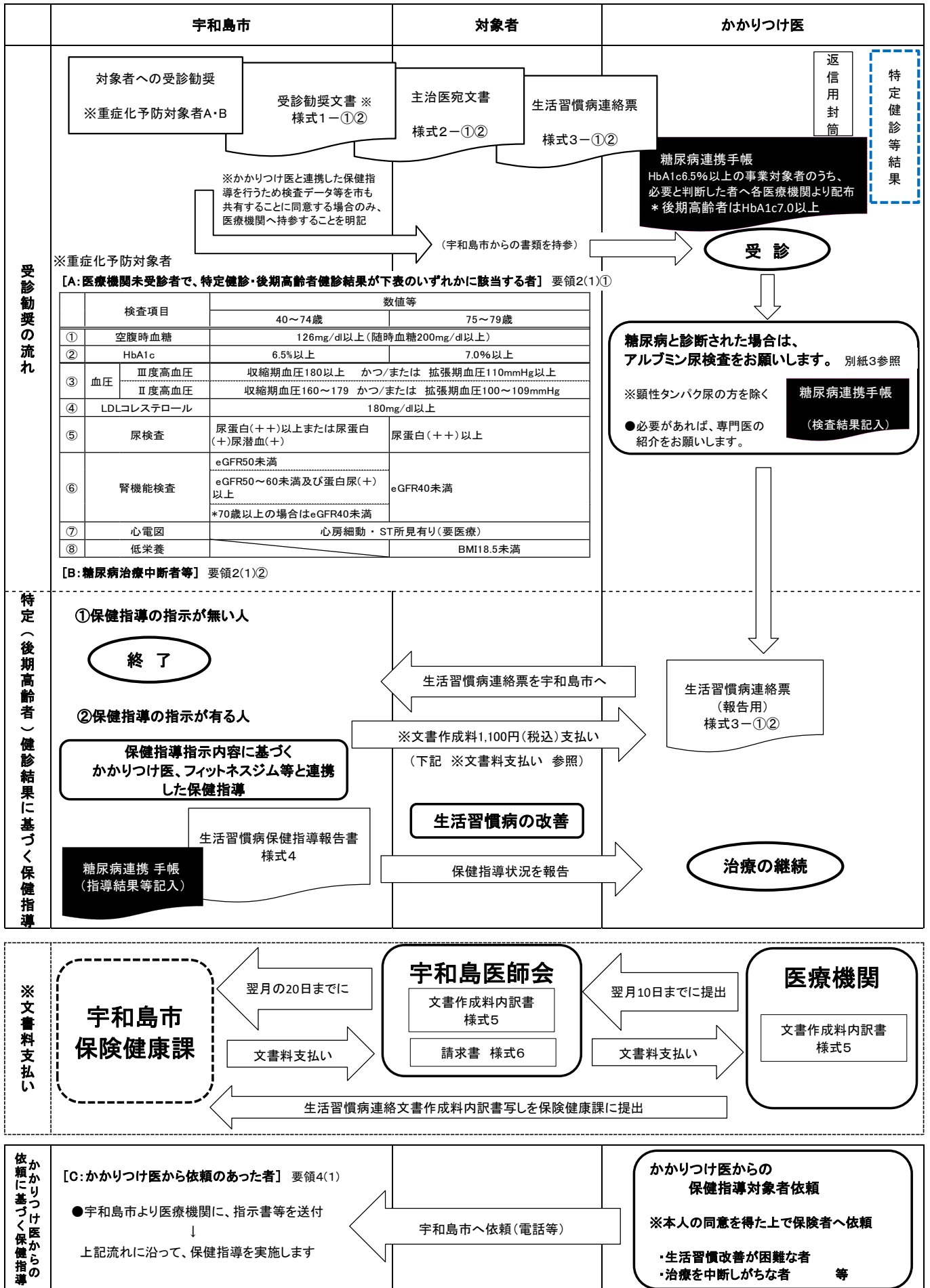
宇和島市独自の生活習慣病重症化予防の対象者基準 表1 検査項目③～⑦

3 以下の者は、保健指導対象者から除外する

ア 1型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者

イ 認知機能障害のある者

ウ その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者



糖尿病性腎症病期分類

	病 期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは ⁴ 尿蛋白 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
	第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
医療機関で診断	第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	30以上
健診で把握可能	第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上
Cr測定国保等	第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
	第5期 (透析療法期)	透析療法中	

●病期第2期については、医療機関での尿アルブミン検査により把握が可能となることから、主に医療機関（かかりつけ医）からの紹介があった者が対象者になると考えられ

●特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白（+）以上であれば第3期と考えられる。また、尿蛋白（±）は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行われることが推奨されている。

合わせて、医療機関で測定した血清クレアチニン（eGFR）、尿アルブミン、尿蛋白等の検査値については、プログラムの実施結果を評価する際に不可欠であるため、本人の同意のもと、糖尿病連携手帳の活用等により保健指導の実施者とデータ共有する必要

愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより

宇和島市糖尿病性腎症等重症化予防 保健指導プログラム(例)

時期	実施項目		実施内容
	糖尿病性腎症	生活習慣病 (糖尿病性腎症除く)	
指導前		保健指導の案内	
指導開始	初回面接 生活習慣の現状把握 生活習慣改善に向けた 取り組み支援	初回面接 生活習慣の現状把握 生活習慣改善に向け た取り組み支援	・問題のある生活習慣の抽出(食事・運動・生活リズム・健康管理) ・体の状態を理解させ、生活習慣・受療状況を踏まえ生活習慣改善に向けて目標、具体策を立てる。
1か月後	電話	状況に応じて電話等	・初回面接以降の生活習慣改善状況を確認 ・取り組みの励まし ・必要に応じて目標の見直し、具体策の変更
2か月後	中間面談		・継続的な自己管理を行うための動機づけ ・取り組みを継続させるためのポイントを提案
3か月後			
4か月後	電話		・中間面談以降の生活習慣の確認
5か月後			
6か月後	最終面談		・取り組みの振り返り、評価 ・自己管理を継続するためのアドバイス

※保健指導(時期、実施項目)は、対象者の状況に応じて行う。

※特定保健指導の対象者は、特定保健指導実施方法に基づいて実施する。

1 利用勧奨項目(表1)

	検査項目	数値等
		40～74歳
①	空腹時血糖	126mg/dl以上～249mg/dl
②	HbA1c	6.5%以上
③	血圧	Ⅱ度高血圧
④	尿検査	収縮期血圧160～179 かつ/または 拡張期血圧100～109mmHg
⑤	腎機能検査	尿蛋白(++)以上または尿蛋白(+)尿潜血(+)
		eGFR50未満
		eGFR50～60未満及び蛋白尿(+)以上
		*70歳以上の場合はeGFR40未満

2 利用勧奨にあたっての根拠

糖尿病治療ガイド2021-2021 表1項目①②

高血圧治療ガイドライン2019 表1項目③

エビデンスにもとづくCKD診療ガイドライン2009 表1項目④⑤

心血管疾患のけるリハビリテーションⅡに関するガイドライン2007 表1項目①～⑤

3 業務利用までの流れ

ア 市が表1の基準に該当する者へ案内を送付する。

イ 対象者は生活習慣病連絡票(様式3-①または様式3-②)を持参して医療機関を受診する。

ウ かかりつけ医は必要と判断した者へ生活習慣病連絡票(様式3-①または様式3-②)にて「運動指導」に関する保健指導指示を記載する。

エ かかりつけ医からの保健指導指示を基に保健師及び管理栄養士等は対象者へ「フィットネスジム等連携保健指導業務」を勧め、同意を得る。

オ 保健師及び管理栄養士等は対象者と運動指導計画を作成する。

カ 対象者は3ヶ月間(3回/週、最大36回)フィットネスジム等での運動プログラムに参加する。

受診勧奨判定値を超えています。早めの受診が必要です。

1 医療機関へ持参するもの

- 1) 主治医宛封筒一式（主治医宛文書・生活習慣病連絡票・返送用封筒）
- 2) 健診結果表：医師の診察の参考となりますので、必ずご持参ください。

2 受診に際しての注意事項

- 1) 市立宇和島病院受診希望の人は、かかりつけ医からの紹介状が必要です。
(紹介状が無い場合は、初診に係る特別料金が徴収されます。)
- 2) 今回の治療状況は、健診時の問診によるものです。既に、医療機関に受診されていたらご了承ください。治療中であっても、医師の指示により保健指導を受けることができますので、次回受診時にご持参下さい。
- 3) 「生活習慣病連絡票」に関する同意について
受診後、かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、市が医療機関と検査データ等を共有することを同意の上、医療機関へご持参ください。

《参考》受診勧奨判定値

検査項目		数値等	
		40～74歳	75～79歳
空腹時血糖		126mg/dl以上(随時血糖200mg/dl以上)	
HbA1c		6.5%以上	7.0%以上
リ 高 ス め ク る を さ ら 見 ら に	尿検査	尿蛋白(+)以上	
	腎機能検査	eGFR60ml/分/1.73m ² 未満	
	血压	収縮期血压140以上 かつ/または拡張期血压90mmHg以上 高血圧治療中の者、高血圧の既往歴がある者	

<問合先>

宇和島市 保険健康課 成人保健係
TEL 0895-49-7021

受診勧奨判定値を超えています。早めの受診が必要です。

1 医療機関へ持参するもの

- 1) 主治医宛封筒一式（主治医宛文書・生活習慣病連絡票・返送用封筒）
- 2) 健診結果表：医師の診察の参考となりますので、必ずご持参ください。

2 受診に際しての注意事項

- 1) 市立宇和島病院受診希望の人は、かかりつけ医からの紹介状が必要です。
(紹介状が無い場合は、初診に係る特別料金が徴収されます。)
- 2) 今回の治療状況は、健診時の問診によるものです。既に、医療機関に受診されていたらご了承ください。治療中であっても、医師の指示により保健指導を受けることができますので、次回受診時にご持参下さい。
- 3) 「生活習慣病連絡票」に関する同意について
受診後、かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、市が医療機関と検査データ等を共有することを同意の上、医療機関へご持参ください。

《参考》受診勧奨判定値

	検査項目	数値等	
		40～74歳	75～79歳
①	空腹時血糖	126mg/dl以上(随時血糖200mg/dl以上)	
②	HbA1c	6.5%以上	7.0%以上
③	Ⅲ度高血圧 Ⅱ度高血圧	収縮期血圧180以上 かつ/または 拡張期血圧110mmHg以上	
		収縮期血圧160～179 かつ/または 拡張期血圧100～109mmHg	
④	LDLコレステロール	180mg/dl以上	
⑤	尿検査	尿蛋白(++)以上または尿蛋白(+)尿潜血(+)	尿蛋白(++)以上
⑥	腎機能検査	eGFR50未満	eGFR40未満
		eGFR50～60未満及び蛋白尿(+)以上	
		*70歳以上の場合はeGFR40未満	
⑦	心電図	心房細動・ST所見有り(要医療)	
⑧	低栄養	BMI18.5未満	

<問合先>

宇和島市 保険健康課 成人保健係
TEL 0895-49-7021

主治医 様

宇和島市保険健康課長

平素より宇和島市保健事業へのご理解、ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本書を持参のうえ貴医療機関を受診される方は、宇和島市糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づ
く受診勧奨の対象となられた方です。

受診の結果、必要と判断した患者様には、糖尿病連携手帳を配布頂き、以下についてもご協力賜ります
ようお願い申し上げます。

① **医療機関での検査結果等について**

糖尿病連携手帳に御記入いただくか、検査結果用紙等を患者様にお渡しください。
保健指導等に活用させていただきます。

② **アルブミン尿検査について**

糖尿病であると認められる場合は、アルブミン尿検査の実施（顕性タンパク尿の方を除く）を
お願いいたします。

③ **「生活習慣病連絡票」の返送について**

- 患者様が検査データについて市と医療機関が共有することに同意した場合、「生活習慣病連絡票」
を持参されています。保健指導についての希望は、貴医療機関でご確認ください。
- 「生活習慣病連絡票」（1枚目：宇和島市報告用）を、宇和島市保険健康課宛、返信用封筒にて
ご返送ください。

④ **「生活習慣病連絡票文書作成料内訳書」について**

- 「生活習慣病連絡票文書作成料内訳書」を実施した翌月の10日までに宇和島医師会へ送付して
ください。同時に内訳書の写しを宇和島市保険健康課に送付してください。

※ 宇和島医師会以外の医療機関様は、別途、請求方法をお知らせしますので、宇和島市
保険健康課までご連絡ください。

保健指導結果については、後日、貴医療機関に送付いたします。

＜問合せ先＞
宇和島市 保険健康課 成人保健係
TEL 0895-49-7021
(保険健康課直通)

主治医 様

宇和島市保険健康課長

平素より当市保健事業へのご理解、ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本書を持参のうえ貴医療機関を受診される方は、宇和島市糖尿病性腎症等重症化予防プログラムに基づき受診勧奨の対象となられた方です。以下についてご協力賜りますようお願い申し上げます。

①「生活習慣病連絡票」の返送について

- 患者様が検査データについて市と医療機関が共有することに同意した場合、「生活習慣病連絡票」を持参されています。保健指導についての希望は、貴医療機関でご確認ください。
- 「生活習慣病連絡票」（1枚目：宇和島市報告用）を、宇和島市保険健康課宛、返信用封筒にてご返送ください。

②「生活習慣病連絡票文書作成料内訳書」について

- 「生活習慣病連絡票文書作成料内訳書」を実施した翌月の10日までに宇和島医師会へ送付してください。同時に内訳書の写しを宇和島市保険健康課に送付してください。

※ 宇和島医師会以外の医療機関様は、別途、請求方法をお知らせしますので、宇和島市保険健康課までご連絡ください。

保健指導結果については、後日、貴医療機関に送付いたします。

<問合せ先>

宇和島市 保険健康課 成人保健係

TEL 0895-49-7021

(保険健康課直通)

生活習慣病連絡票

宇和島市報告用

2枚複写。(1枚目:市への報告用。2枚目:医療機関保管用)

年 月 日

宇和島市保険健康課長 宛

医療機関名

主治医名

電話番号

※該当する項目の□に✓印を入れてください。

(健診日

個集特)

氏名	様	生年月日	S	年	月	日(歳)	性別	男・女
住所	宇和島市						電話	

○貴院での受診結果

診察日	年 月 日							
該当する病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病(2型)		<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症(第 期)		<input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症			
	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害		<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	
	<input type="checkbox"/> その他()							
検査値	検査日(年 月 日) ※貴院で検査した内容を記入してください。							
	体重 Kg				血清クレアチニン mg/dl			
	血圧 ~ mmHg				eGFR ml/分/1.73m ²			
	血糖 mg/dl(空腹時・食後 分)				尿蛋白 - ± + 2+ 3+			
	HbA1c(NGSP)				尿蛋白(定量) g/gCr			
治療内容	その他 ()							
	1 食事療法 ()							
	2 運動療法 ()							
	3 薬物療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()							
4 その他 ()								

○市への保健指導の指示

保健指導の必要性	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 医療機関にて実施済 <input type="checkbox"/> 患者が市の保健指導を希望しない							
市保健師 管理栄養士 への 保健指導 指示内容	<input type="checkbox"/> 食事指導 (糖尿病 単位食 ・ kcal)							
	<input type="checkbox"/> 運動指導 (□制限あり _____ ・ □制限なし)							
	<input type="checkbox"/> 禁煙指導()				<input type="checkbox"/> 服薬指導()			
	<input type="checkbox"/> 生活状況(環境、食事、運動等)の把握				<input type="checkbox"/> その他 ()			
連絡事項	糖尿病連携手帳の発行(□有 ・ □無)							

※宇和島医師会以外の医療機関様は、文書作成料の請求方法をお知らせしますので宇和島市保険健康課までご連絡ください。

生活習慣病連絡票

2枚複写。(1枚目:市への報告用。2枚目:医療機関保管用)

年 月 日

宇和島市保険健康課長 宛

医療機関名

主治医名

電話番号

※該当する項目の□に✓印を入れてください。

(健診日

個集特)

氏名	様	生年月日	S	年	月	日(歳)	性別	男・女
住所	宇和島市						電話	

○貴院での受診結果

診察日	年 月 日							
該当する病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病(2型)		<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症(第 期)		<input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症			
	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害		<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	
	<input type="checkbox"/> その他()							
検査値	検査日(年 月 日) ※貴院で検査した内容を記入してください。							
	体重 Kg				血清クレアチニン mg/dl			
	血圧 ~ mmHg				eGFR ml/分/1.73m ²			
	血糖 mg/dl(空腹時・食後 分)				尿蛋白 - ± + 2+ 3+			
	HbA1c(NGSP)				尿蛋白(定量) g/gCr			
治療内容	その他 ()							
	1 食事療法 ()							
	2 運動療法 ()							
	3 薬物療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()							
4 その他 ()								

○市への保健指導の指示

保健指導の必要性	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 医療機関にて実施済 <input type="checkbox"/> 患者が市の保健指導を希望しない							
市保健師 管理栄養士 への 保健指導 指示内容	<input type="checkbox"/> 食事指導 (糖尿病 単位食 ・ kcal)							
	<input type="checkbox"/> 運動指導 (制限あり _____ ・ 制限なし)							
	<input type="checkbox"/> 禁煙指導()				<input type="checkbox"/> 服薬指導()			
	<input type="checkbox"/> 生活状況(環境、食事、運動等)の把握				<input type="checkbox"/> その他 ()			
連絡事項	糖尿病連携手帳の発行(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)							

※宇和島医師会以外の医療機関様は、文書作成料の請求方法をお知らせしますので宇和島市保険健康課までご連絡ください。

生活習慣病連絡票

宇和島市報告用

2枚複写。(1枚目:市への報告用。2枚目:医療機関保管用)

年 月 日

宇和島市保険健康課長 宛

医療機関名

主治医名

電話番号

※該当する項目の□に✓印を入れてください。

(健診日

個集特)

氏名	様	生年月日	S	年	月	日(歳)	性別	男・女
住所	宇和島市					電話		

○貴院での受診結果

診察日	年 月 日
該当する病名	<input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 () <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査値	検査日(年 月 日) ※貴院で検査した内容を記入して下さい。 体重 _____ kg 血圧 _____ ~ _____ mmHg (血液検査) 血清クレアチニン _____ mg/dl eGFR _____ ml/分/1.73m ² Na _____ mEq/l K _____ mEq/l Cl _____ mEq/l 血清アルブミン _____ mg/dl LDL-C _____ mg/dl HDL-C _____ mg/dl (尿検査) 尿蛋白 - ± + 2+ 3+ 尿潜血 - ± + 2+ 3+ (その他) ()
治療内容	1 食事療法 () 2 運動療法 () 3 薬物療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 4 その他 ()

○市への保健指導の指示

保健指導の必要性	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 医療機関にて実施済 <input type="checkbox"/> 患者が市の保健指導を希望しない
市保健師管理栄養士への保健指導指示内容	<input type="checkbox"/> 食事指導(塩分 _____ g/日・ _____) <input type="checkbox"/> 運動指導(□制限あり _____ ・□制限なし) <input type="checkbox"/> 禁煙指導() <input type="checkbox"/> 服薬指導() <input type="checkbox"/> 生活状況(環境、食事、運動等)の把握 <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡事項	

※宇和島医師会以外の医療機関様は、文書作成料の請求方法をお知らせしますので宇和島市保険健康課までご連絡ください。

生活習慣病連絡票

医療機関保存用

2枚複写。(1枚目:市への報告用。2枚目:医療機関保管用)

年 月 日

宇和島市保険健康課長 宛

医療機関名

主治医名

電話番号

※該当する項目の□に✓印を入れてください。

(健診日

個集特)

氏名	様	生年月日	S	年	月	日(歳)	性別	男・女
住所	宇和島市					電話		

○貴院での受診結果

診察日	年 月 日
該当する病名	<input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 () <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査値	検査日(年 月 日) ※貴院で検査した内容を記入して下さい。 体重 _____ kg 血圧 _____ ~ _____ mmHg (血液検査) 血清クレアチニン _____ mg/dl eGFR _____ ml/分/1.73m ² Na _____ mEq/l K _____ mEq/l Cl _____ mEq/l 血清アルブミン _____ mg/dl LDL-C _____ mg/dl HDL-C _____ mg/dl (尿検査) 尿蛋白 - ± + 2+ 3+ 尿潜血 - ± + 2+ 3+ (その他) ()
治療内容	1 食事療法 () 2 運動療法 () 3 薬物療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 4 その他 ()

○市への保健指導の指示

保健指導の必要性	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 医療機関にて実施済 <input type="checkbox"/> 患者が市の保健指導を希望しない
市保健師管理栄養士への保健指導指示内容	<input type="checkbox"/> 食事指導(塩分 _____ g/日 ・ _____) <input type="checkbox"/> 運動指導(□制限あり _____ ・ □制限なし) <input type="checkbox"/> 禁煙指導() <input type="checkbox"/> 服薬指導() <input type="checkbox"/> 生活状況(環境、食事、運動等)の把握 <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡事項	

※宇和島医師会以外の医療機関様は、文書作成料の請求方法をお知らせしますので宇和島市保険健康課までご連絡ください。

年 月 請求分

生活習慣病連絡票文書作成料 内訳書 (宇和島市)

医療機関名

文書作成を要した患者氏名

	文書作成日	受診日	氏 名	性別	生年月日	保険種別 (当てはまる方に○)	
						国保	後期
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

文書作成料	保険種別	単価	件数	請求金額
生活習慣病連絡票	国保	1,100円	件	円
	後期高齢者	1,100円	件	円

請 求 書

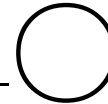
宇和島市長 様

年 月 日

(電話)

(住 所) _____

(氏 名) _____



下記のとおり請求します。

金 額		億	千	百	十	万	千	百	十	円

支 払 方 法	直接払	銀行	支 店	種 目	当 ・ 普
	口座振込	農 協	支 所 出 張 所	番 号	
		口座名義人(カタカナ)			

(摘 要)

生活習慣病連絡票 文書作成料

宇和島医師会以外の医療機関用

内 訳 書

納入月日	品 名	数量	単 位	単 価	金 額
年 月 日	文書作成料		件	円	円
合 計					

所 属 名	宇和島市保険健康課
-------	-----------