（別紙３） 　　　　 様式例

**京都府糖尿病性腎症重症化予防**

**保健指導実施状況報告書**

　　年　　月　　日

医療機関主治医　様

医療保険者名

**先だって保健指導にご同意いただいた下記の方に対して、以下のとおり保健指導を実施しましたのでご報告申し上げます。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | 男　・　女 |
| 住 所 |  | | | | 電話番号 |  | |
| 傷病名 |  | | | | 家族構成 |  | |
| 貴院からの  指示内容 | □「CKDステージによる食事療法基準」（別添資料＊２）により実施可  □下記内容で指導する  ・エネルギー（　　　　）kcal/日　　 ・食塩（　　　）g/日  ・たんぱく質（　　　　）g/日　　　　・カリウム制限なし　あり（　　　）mg/日 | | | | | | |
| 指導状況 | | | | | | | |
| 指導日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 生活状況 | |  | | | | | |
| 指導内容 | | 栄養 |  | | | | |
| 運動 |  | | | | |
| 生活 |  | | | | |
| その他 |  | | | | |
| 今後の予定 | |  | | | | | |

医療保険者問い合わせ先：

担当者：