

洲本市CKD・DKD予防連携連絡票

(洲本市健康増進課→ご本人→医療機関→洲本市健康増進課)

【対象者】

氏名：
性別：
生年月日：
年度末年齢：
住所：
健診受診日：

◎**原本**：かかりつけ医療機関 保管用
◎**写し**：健康増進課宛 返送用

特定健診で、腎機能異常・検尿異常を指摘された方です。受診結果について、お手数ですが、下記の表にご記入の上、添付の封筒にてご返信をお願いいたします。

今後の栄養指導等の生活指導については、必要であれば市で実施することが可能です。ご指導・ご加療よろしくをお願いいたします。

※受診日、検査結果、診断名等をご記入ください。

	診断年月日	2021年12月1日
精密検査結果	・尿蛋白(- ± + 2+ 3+)・空腹時血糖(228 mg/dl)・随時血糖(mg/dl) ・HbA1c(7.2 %)・尿中アルブミン値(mg/gCr) (糖尿病の場合)	
診断名 (診断結果)	・CKD ・DKD ・ 糖尿病 ・ 高血圧症 ・脂質異常症 ・高尿酸血症 ・ 肥満症 ・異常なし ・その他()	
今後の方針	<input checked="" type="checkbox"/> 上記診断のため、当院でフォローします。(経過観察 積極的治療(薬剤使用)) <input type="checkbox"/> 腎臓に影響のある薬剤を変更しました。 <input type="checkbox"/> 腎専門医による精査のため、医療機関名「 」に紹介しました。 <input type="checkbox"/> その他の専門医による精査のため、医療機関名「 」に紹介しました。 <input type="checkbox"/> 放置可	
加療・指導状況	<input checked="" type="checkbox"/> 薬物療法 <input checked="" type="checkbox"/> 食事療法 (カロリー ・ 減塩 ・アルコール ・その他()) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (減量 ・禁煙 ・3ヶ月以内に再検査 ・)	
保健指導 指示依頼 有 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 継続した通院が困難な患者への保健指導 <input type="checkbox"/> 医師と連携した保健指導 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病予防・改善の為の保健指導 【保健指導の指示内容の記載をお願いします】 摂取カロリー： 1800 kcal/日 塩分： 6 g/日 蛋白質 : g/日 その他：	
医療機関名	〇〇医院 (押印でも可)	医師名 〇〇 〇〇 (押印でも可)

カロリー制限や塩分制限等の指示をご記入ください。