

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム新旧対照表

新

旧

様式例 1

保険者→医療機関
(1) 未受診者・治療中断者に対する受診勧奨用

糖尿病性腎症及び慢性腎臓病 (CKD) 重症化予防事業 受診勧奨対象者のご紹介

年 月 日

〇〇医療機関 担当医〇〇 様

日頃は、国保事業に御理解と御協力を賜り、誠にありがとうございます。

別紙の方につきまして、特定健康診査において糖尿病性腎症及び慢性腎臓病 (CKD) が疑われましたが、未治療あるいは治療中断しておりますので、「岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき受診勧奨及び保健指導を行いました。

糖尿病性腎症及び慢性腎臓病 (CKD) の重症化を予防するため、貴院にて精査ならびに今後の継続的な通院管理をお願いします。

※なお、今後の継続的な通院管理が順調に進むよう、〈保険者名〉の専門職による保健指導を実施しますので、御指示内容も含め、別紙「連絡表」に記入し、同封封筒で返送してください。

また、「糖尿病連携手帳」等を活用した情報共有・指導連携に努めてまいりますので、受診者様に糖尿病連携手帳をお渡ししました (〈保険者名〉の専門職による保健指導内容を記載させていただきます)。

※受診者様の治療状況等については、当保険者としても引き続き次年度の特定健康診査結果等で確認をしてまいります。通院継続中の受診者様についても、次年度の特定健康診査を受けるよう併せて御指導をお願いいたします。

<連絡先 (今回の受診者様に関する事)>

所 属	
担 当	
住 所	
TEL	FAX

<連絡先 (当保険者の糖尿病性腎症重症化予防事業全般に関する事)>

所 属	
担 当	
住 所	
TEL	FAX

様式例 1

保険者→医療機関
(1) 未受診者・治療中断者に対する受診勧奨用

糖尿病性腎症重症化予防事業 糖尿病受診勧奨対象者のご紹介

令和 年 月 日

〇〇医療機関 担当医〇〇 様

日頃は、国保事業に御理解と御協力を賜り、誠にありがとうございます。

別紙の方につきまして、特定健康診査において糖尿病および糖尿病性腎症が疑われましたが、未治療あるいは治療中断しておりますので、「岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、受診勧奨及び保健指導を行いました。

糖尿病性腎症の重症化を予防するため、貴院にて精査ならびに今後の継続的な通院管理をお願いします。

※なお、今後の継続的な通院管理が順調に進むよう、〈保険者名〉の専門職による保健指導を実施しますので、御指示内容も含め、別紙「連絡表」に記入し、同封封筒で返送してください。

また、「糖尿病連携手帳」を活用した情報共有・指導連携に努めてまいりますので、受診者様に糖尿病連携手帳をお渡ししました (〈保険者名〉の専門職による保健指導内容を記載させていただきます)。

※受診者様の治療状況等については、当保険者としても引き続き次年度の特定健康診査結果等で確認をしてまいります。通院継続中の受診者様についても、次年度の特定健康診査を受けるよう併せて御指導をお願いいたします。

<連絡先 (今回の受診者様に関する事)>

所 属	
担 当	
住 所	
TEL	FAX

<連絡先 (当保険者の糖尿病性腎症重症化予防事業全般に関する事)>

所 属	
担 当	
住 所	
TEL	FAX

連絡票

〇〇医療機関 担当医〇〇 様 年 月 日
(保険者名)

特定健康診査において、糖尿病性腎症及び慢性腎臓病 (CKD) が疑われましたが、未治療あるいは治療を中断しておられますので受診を勧めました。
糖尿病性腎症及び慢性腎臓病 (CKD) の重症化を予防するため、貴院にて精査ならびに今後の継続的な通院管理をお願いします。
なお、太枠内をご記入のうえ、同封の返信用封筒でお知らせくださいますようお願いいたします。

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所		電話番号	
健診結果	健診日： 年 月 日実施 (*健診結果のコピーを添付します) <結果概要> HbA1c % 血糖値 mg/dL (空腹時・随時) 尿定性検査 糖 蛋白 潜血 尿中微量アルブミン定量 mg/gCr eGFR mL分/1.73 m ² 血圧 mmHg その他		

<貴院での受診結果>

受診日	年 月 日
検査結果	糖尿病性腎症及び慢性腎臓病 (CKD) に関する検査結果 ※検査結果のコピー、糖尿病連携手帳やGFRグラフへの記載でも結構です
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (1型・2型・その他・不明) <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (病期分類 第 期) (重症度分類) <input type="checkbox"/> 糖尿病を伴わない慢性腎臓病 (CKD) (eGFR低下・尿所見異常) <input type="checkbox"/> その他 ()
治療方針	1 要治療 (治療中もしくは開始予定) ・薬物療法 (内服・インスリン) ・食事療法 ・運動療法 ・その他 () 2 要経過観察 (か月後再検査) 3 治療不要 ()
保険者への指導事項 ※複数選択可	1 特定健康診査による継続的経過観察 2 定期受診の確認と勧奨 3 内服薬確認 4 家庭訪問等による保健指導 具体的指示内容 5 腎症に関する高度なスキルを持つ専門職による栄養指導
医療機関名	医師名

連絡票

〇〇医療機関 担当医〇〇 様 令和 年 月 日
(保険者名)

特定健康診査において、糖尿病および糖尿病性腎症が疑われましたが、未治療あるいは治療を中断しておられますので受診を勧めました。
糖尿病性腎症の重症化を予防するため、貴院にて精査ならびに今後の継続的な通院管理をお願いします。
なお、太枠内をご記入のうえ、同封の返信用封筒でお知らせくださいますようお願いいたします。

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所		電話番号	
健診結果	健診日 令和 年 月 日実施 (*健診結果のコピーを添付します) <結果概要> HbA1c % 血糖値 mg/dL (空腹時・随時) 尿定性検査 糖 蛋白 尿中微量アルブミン定量 mg/g・Cr eGFR mL分/1.73 m ² 血圧 mmHg その他		

<貴院での受診結果>

受診日	令和 年 月 日
検査結果	糖尿病・糖尿病性腎症に関する検査結果 (75gOGTTの結果等) ※検査結果のコピー、糖尿病連携手帳への記載でも結構です
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (1型・2型・その他・不明) <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (病期分類 第 期) (重症度分類) <input type="checkbox"/> 腎症以外の糖尿病合併症 () <input type="checkbox"/> その他 ()
治療方針	1 要治療 (治療中もしくは開始予定) ・薬物療法 (インスリン・内服) ・食事療法 ・運動療法 ・その他 () 2 要経過観察 (か月後再検査) 3 治療不要 () 4 糖尿病以外の合併疾患 ()
保険者への指導事項 ※複数選択可	1 特定健康診査による継続的経過観察 2 定期受診の確認と勧奨 3 内服薬確認 4 家庭訪問等による保健指導 具体的指示内容 5 腎症に関する高度なスキルを持つ専門職による栄養指導
医療機関名	医師名

様式例 2

医療機関→保険者
(2) 糖尿病等で通院中の者に関する情報提供

保健指導依頼票

年 月 日

(保険者名)
保健指導担当者 宛

医療機関名
診療科名
医師名
電話番号

当院で治療中の以下の患者について、保健指導を依頼します。

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所		電話番号	

診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 肥満症	<input type="checkbox"/> 高血圧
	<input type="checkbox"/> CKD	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> その他 ()
治療状況	処方箋 (内服・インスリン) *糖尿病連携手帳等への記載、コピー添付の場合省略可		
	検査値 *糖尿病連携手帳等への記載、または検査結果のコピー添付の場合省略可 検査日 令和 年 月 日 ※検査された項目に印し、結果を記載してください		
	<input type="checkbox"/> 血糖値 (空腹時・随時)・HbA1c		mg/dL・%
	<input type="checkbox"/> eGFR		mL/分/1.73 m ²
依頼事項	患者と共有している治療目標レベル		
	<input type="checkbox"/> HbA1c	%	
	<input type="checkbox"/> 血圧	/	mmHg
	<input type="checkbox"/> 腎機能が維持できる		
必要な保健指導項目	1 定期受診の確認と勧奨		
	2 薬物療法の確認		
	3 生活指導		
	4 その他 ()		
保健指導・栄養指導担当者への指示や留意事項等			

お願い

患者様には「糖尿病連携手帳」等をお渡しいただき、処方箋、検査値などを記入ください。今後、保険者の専門職が実施する保健指導内容も手帳等に記入し、情報を共有させていただきます。

様式例 2

医療機関→保険者
(2) 糖尿病等で通院中の者に関する情報提供

保健指導依頼票

令和 年 月 日

(保険者名)
保健指導担当者 宛

医療機関名
診療科名
医師名
電話番号

当院で治療中の以下の患者について、保健指導を依頼します。

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所		電話番号	

診断名	糖尿病 (型)、糖尿病性腎症 (期)、その他 ()		
	処方箋 (インスリン・内服) *糖尿病連携手帳等への記載、またはコピー添付の場合省略可		
治療状況	検査値 *糖尿病連携手帳等への記載、または検査結果のコピー添付の場合省略可 検査日 令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 血糖値 (空腹時・随時)		mg/dL
	<input type="checkbox"/> HbA1c		%
	<input type="checkbox"/> eGFR		mL/分/1.73 m ²
依頼事項	患者と共有している治療目標レベル		
	<input type="checkbox"/> HbA1c	%	
	<input type="checkbox"/> その他		
	必要な保健指導項目		
1 定期受診の確認と勧奨			
2 薬物療法 (インスリン・内服) の確認			
3 生活指導			
<input type="checkbox"/> 食生活指導			
・指示カロリー () kcal/日			
・塩分制限 () g/日			
・その他制限 ()			
<input type="checkbox"/> 運動指導			
<input type="checkbox"/> 禁煙指導			
4 その他 ()			
保健指導・栄養指導担当者への指示や留意事項等			

お願い

患者様には「糖尿病連携手帳」をお渡しいただき、処方箋、検査値などを記入ください。今後、保険者の専門職が実施する保健指導内容もこの手帳に記入し、情報を共有させていただきます。

個人情報の取り扱いに関する同意書

私（患者本人）は、糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）の重症化予防に関する保健指導における個人情報の提供に関し、次の事項について同意いたします。

- 1 （医療機関名） が、 （保険者名） に対し、患者の病気についての診断名及び治療状況に関する個人情報（以下「個人情報」という。）を提供すること。
 - 2 （保険者名） が次の業務を行うこと。
 - (1) （医療機関名） から提供された患者の個人情報を保有し、かつ（保険者名）の保健師・栄養士等が患者に対し行う保健指導に活用すること。
 - (2) 保健指導中においても 糖尿病連携手帳や腎機能の状態を確認するグラフを活用し、患者本人ならびに（医療機関名）との間で情報を共有すること。
 - (3) （保険者名） や岐阜県が、患者の個人情報を、今後の糖尿病重症化予防対策を検討する際の基礎データとして、特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究をする時に限り使用すること。
- ※（保険者名）が第三者に上記の目的以外で情報提供することは一切ありません。

年 月 日

同意者（患者本人）

住所

氏名 印

生年月日 年 月 日生（ 歳）

電話番号

個人情報の取り扱いに関する同意書

私（患者本人）は、糖尿病の重症化予防に関する保健指導における個人情報の提供に関し、次の事項について同意いたします。

- 1 （医療機関名） が、 （保険者名） に対し、患者の病気についての診断名及び治療状況に関する個人情報（以下「個人情報」という。）を提供すること。
 - 2 （保険者名） が次の業務を行うこと。
 - (1) （医療機関名） から提供された患者の個人情報を保有し、かつ（保険者名）の保健師・栄養士等が患者に対し行う保健指導に活用すること。
 - (2) 保健指導中においても 糖尿病連携手帳を活用し、患者本人ならびに（医療機関名）との間で情報を共有すること。
 - (3) （保険者名） や岐阜県が、患者の個人情報を、今後の糖尿病重症化予防対策を検討する際の基礎データとして、特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究をする時に限り使用すること。
- ※（保険者名）が第三者に上記の目的以外で情報提供することは一切ありません。

平成 年 月 日

同意者（患者本人）

住所

氏名 印

生年月日 年 月 日生（ 歳）

電話番号

様式例3

保険者→医療機関
(2) 通院中のハイリスク者への保健指導
(保険者による抽出)

糖尿病性腎症及び慢性腎臓病 (CKD)
重症化予防事業 重症化高リスク該当者のお知らせ

年 月 日

〇〇医療機関 担当医〇〇 様

日頃は、国保事業に御理解と御協力を賜り、誠にありがとうございます。
「岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病等の治療中の者の中から健康診断の結果により別添の方を医療連携の対象者として抽出しましたので御連絡いたします。

なお、この対象者は、レセプト情報で病名に「糖尿病」又は「慢性腎臓病(CKD)」等と記載のある方を事務的に抽出しておりますので、貴院で糖尿病等の治療に関与していない場合も含まれます。

《保険者》での保健指導が必要ない場合は、●月●日までにお電話にて御連絡ください。また、御連絡がない場合は、保健指導対象者となりますので、対象者様への保健指導の参加についてお声掛けいただきますようお願いいたします。

※《保険者名》の専門職による保健指導の内容は、「糖尿病連携手帳」等に記載させていただきます。

※対象者様の治療状況等については、当保険者としても引き続き次年度の特定健康診査結果等で確認をまいりますので、次年度の特定健康診査を受けるよう併せて御指導をお願いいたします。

<連絡先 (今回の対象者様に関する事)>

所 属	
担 当	
住 所	
TEL	FAX

<連絡先 (当保険者の糖尿病性腎症重症化予防事業全般に関する事)>

所 属	
担 当	
住 所	
TEL	FAX

様式例3

保険者→医療機関
(2) 通院中のハイリスク者への保健指導
(保険者による抽出)

糖尿病性腎症重症化予防事業 重症化高リスク該当者のお知らせ

令和 年 月 日

〇〇医療機関 担当医〇〇 様

日頃は、国保事業に御理解と御協力を賜り、誠にありがとうございます。
「岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病で治療中の者の中から健康診断の結果等により別添の方を医療連携の対象者として抽出しましたので御連絡いたします。

なお、この対象者は、レセプト情報で病名に「糖尿病」と記載のある方を事務的に抽出しておりますので、貴院で糖尿病治療に関与していない場合も含まれます。

《保険者》での保健指導が必要ない場合は、●月●日までにお電話にて御連絡ください。また、御連絡がない場合は、保健指導対象者となりますので、対象者様への保健指導の参加についてお声掛けいただきますようお願いいたします。

※《保険者名》の専門職による保健指導の内容は、「糖尿病連携手帳」に記載させていただきます。

※対象者様の治療状況等については、当保険者としても引き続き次年度の特定健康診査結果等で確認をまいりますので、次年度の特定健康診査を受けるよう併せて御指導をお願いいたします。

<連絡先 (今回の対象者様に関する事)>

所 属	
担 当	
住 所	
TEL	FAX

<連絡先 (当保険者の糖尿病性腎症重症化予防事業全般に関する事)>

所 属	
担 当	
住 所	
TEL	FAX

新

別添 (年 月 日作成分)

保健指導対象者リスト[医療機関名:]

保健指導除外者に該当する方について、お電話にてご連絡ください。

<保健指導除外者>

- ア がん等で終末期にあるもの
イ その他の疾患を有しているため、かかりつけ医が除外すべきと判断したもの
ウ 医師または本人の同意がないもの

Table with 8 columns: 通番, 氏名, 生年月日, 性別, 健診日, 健診機関名称, 健診結果 (HbA1c, eGFR, 尿蛋白, 腹囲, 血圧, LDL-c, 尿酸値)

※対象者への保健指導は、個別面談や家庭訪問により実施いたします。
健診データや医療機関での検査値等を用いて、自身の健康状態を正しく理解してもらい、必要な生活習慣につなげることを目標とします。
必要に応じ、指導内容等について御相談させていただきますのでお願いいたします。

旧

別添 (年 月 日作成分)

保健指導対象者リスト[医療機関名:]

保健指導除外者に該当する方について、お電話にてご連絡ください。

<保健指導除外者>

- ア がん等で終末期にあるもの
イ その他の疾患を有しているため、かかりつけ医が除外すべきと判断したもの
ウ 医師または本人の同意がないもの

Table with 8 columns: 通番, 氏名, 生年月日, 性別, 健診日, 健診機関名称, 健診結果 (糖尿病性腎症の病型が第2~4期に該当, リスクを有する, eGFR, 尿蛋白, 腹囲等, 血圧, LDL-c, 尿酸値)

※対象者への保健指導は、個別面談や家庭訪問により実施いたします。
健診データや医療機関での検査値等を用いて、自身の健康状態を正しく理解してもらい、必要な生活習慣につなげることを目標とします。
必要に応じ、指導内容等について御相談させていただきますのでお願いいたします。

様式4

糖尿病管理台帳

【対象者抽出基準】

HbA1c6.5以上
過去6年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

※糖尿病罹患は問診結果による

※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

糖尿病管理台帳

(過去6年間に一度でもHbA1c6.5以上に該当した者)

Complex table with multiple columns for patient ID, name, sex, birth date, and various medical metrics (H2B, H2D, HD, R01, R02, R03, etc.)

※令和4年度に配布したヘルスサポートポータルツールで作成

様式4

糖尿病管理台帳

【対象者抽出基準】

HbA1c6.5以上
過去6年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

※糖尿病罹患は問診結果による

※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

Table with columns for patient ID, name, sex, birth date, and detailed medical data including H2B, H2D, HD, R01, R02, R03, and various lab results.