

平成 29 年 1 月 4 日策定

平成 30 年 2 月 9 日改定

令和 3 年 3 月 24 日改定

## 佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

佐賀県医師会  
佐賀県糖尿病対策推進会議  
佐賀県保険者協議会  
佐賀県

### 1 目的

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者を適切な受診勧奨及び保健指導を行うことによって医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対して保険者が医療と連携した保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、県民の健康増進及び医療費の適正化を図ることを目的とする。

なお、本プログラムは、佐賀県医師会、佐賀県糖尿病対策推進会議、佐賀県保険者協議会及び佐賀県の四者で策定し、保険者における対策の実施が容易となるよう基本的な考え方を示すものである。

### 2 取組に当たっての関係者の役割

#### (1) 保険者の役割

ア 保険者は、保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の人材のほか、専門的知見や人材を有する外部委託事業者なども効率的に活用し、事業関係者が共通認識を持って取り組む体制を整え、円滑かつ継続的な事業実施に努める。

イ 保険者は、健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題等を分析し、地域の実情に応じた対策を立案する。

ウ 本プログラムにおいて保健指導等を行う対象者への支援内容の検討及び取組の実施に当たっては、地域の医療機関等と連携し、様々な観点から総合的に検討することが重要であり、必要な場合は、郡市医師会に連携体制構築のための協力を依頼するとともに、関係機関との情報共有に努める。

エ 実施した取組については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルに基づき次期の事業展開につなげる。

オ 効果的な保健指導等が維持できるよう知識や技術の向上を図り、人材育成及び確保に努める。

カ 後期高齢者については、後期高齢者医療制度と市町国保の保健事業が一体的に実施されるように、後期高齢者医療広域連合は市町と調整を行うとともに、実施支援のための情報提供などを実施する。

#### (2) 県の役割

ア 保険者、医療機関及びその他の関係機関との多岐にわたる調整や情報収集等を行うため、部署間の連携が密にとれる体制を整え、保険者が本事業を円滑に実施できるよう支援する。

イ 保険者における事業の実施を後押しするとともに、保険者における円滑な事業実施を支援する観点から、医師会や糖尿病対策推進会議等と保険者の取組状況を共有し、取組に対する総合的な評価・検証を行う。

### (3) 医師会の役割

佐賀県医師会及び郡市医師会は、会員及び医療従事者に対して、県や保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組を周知し、保険者とかかりつけ医との連携体制の構築を支援するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行うように努める。

### (4) 佐賀県糖尿病対策推進会議の役割

糖尿病性腎症重症化予防に係る県や保険者の取組について、構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から助言を行うなど、保険者の取組に協力するように努める。

また、地域の住民・患者への啓発、医療従事者への研修に努める。

### (5) 国保連合会の役割

KDB等の活用によるデータ分析・技術支援や国保・後期高齢者ヘルスサポート事業を通じた支援など、市町国保、後期高齢者医療広域連合等の保険者に対し、専門性の高い支援を行う。

## 3 プログラム対象者選定の考え方

本プログラムが推奨する基準は次のとおりとする（特定健診、レセプトデータ等から抽出）。ただし、地域の実情に応じて保険者が個別に定めることが出来るものとする。

なお、高齢者にあっては複数疾患の合併、加齢に伴う諸臓器の機能低下など高齢者の特性を踏まえて対象者選定を検討する。

### (1) 医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者

#### ア 医療機関未受診者

過去の健診において、空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上又は HbA1c(NGSP)6.5%以上の者のうち、尿蛋白を認める者又は eGFR が 60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の者（特定健診の際に血清クレアチンを測定している場合）

（注1）空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白、eGFRにより、受診勧奨を行うことも考えられる。

#### イ 糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の受診日から6カ月経過しても受診した記録がない者（レセプト分析により対象者の抽出が可能な保険者は実施）

### (2) 糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医師からの情報提供により、糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明した者

保険者は、かかりつけ医から保健指導や栄養指導等の指示があった場合の対応可能な範囲を明確にしておく。

なお、糖尿病で通院する患者のうち、重症化するリスクが高い者としては、例えば、以下のような場合が想定される。

- ・ 生活習慣改善が困難な者
- ・ 治療を中断しがちな者

- ・ 医療機関に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導を受けることが困難な者

#### 4 対象者への介入方法

保険者は、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から、地域及び職域の実情に応じ適切なものを実施する。

##### (1) 受診勧奨

保険者は、抽出した全ての対象者に受診勧奨を行い医療機関受診へつなげるよう努め、受診勧奨実施後はレセプト確認等の方法で受診状況を把握する。また、対象者の状況に応じた介入を行い、必要に応じて受診後の保健指導を行う。介入方法としては以下の方法があげられる。

- ア 個別面談・個別訪問
- イ 電話
- ウ 手紙送付 等

医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者について受診勧奨を実施する場合は、佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関を中心とした適切な医療につなげるよう努める。

(注2) 佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関とは、健診での糖尿病リスク者及び患者に対し、早期の指導、診療を行い合併症を減少させるため、病診・診診、専門医及び他科との連携システムを構築することを目的とし、必要な要件を満たし登録された医療機関である。

##### (2) 保健指導

保険者は、対象者の状況に応じ医療と連携した保健指導を行う。

保健指導の方法としては以下の方法があげられる。(単に受診勧奨の手紙を送付するだけのものなどは含まない。)

- ア 個別面談・訪問指導
- イ 集団指導
- ウ 電話等による指導 等

保険者は、治療の継続が図られるよう佐賀県糖尿病連携手帳等により、治療状況・医師の指導内容を対象者本人と確認するなど、医療と連携した保健指導を行う。

なお、保険者はアルブミン尿の情報を有していない場合もあるため、医療機関ではアルブミン尿に関する検査を実施するとともに、アルブミン尿を認めた者については、かかりつけ医と保険者の連携の下、保健指導が実施されることが重要である。

また、各糖尿病基幹病院の糖尿病コーディネート看護師が介入している患者について、保険者が保健指導を実施する際は、必要に応じて糖尿病コーディネート看護師との連携を図る。

(注3) 糖尿病コーディネート看護師とは、糖尿病基幹病院に勤務する糖尿病療養指導士の資格を持つ看護師で、契約医療機関等を訪問し糖尿病地域連携パスに沿って、メディカルスタッフへ患者への療養指導、インスリン注射やフットケアなどの技術移転を行う。

## 5 かかりつけ医と保険者との連携

### (1) 連携の方法

保険者は、以下の方法により、かかりつけ医と連携した上で、保健指導を実施する。

ア 保険者は、対象者について、かかりつけ医に糖尿病性腎症重症化予防連絡票（別添様式1）（以下「連絡票」という。）を送付し、保健指導を実施する際の留意事項等について指示を得る。

イ 連絡票を受理したかかりつけ医は、保険者と連携した保健指導が必要と認め、本人の同意を得た患者について、必要な検査情報や保健指導の際の留意事項について糖尿病性腎症重症化予防保健指導情報提供書（別添様式2）（以下「情報提供書」という。）に記載し、保険者に送付する。

ウ 保険者は、かかりつけ医から提供された保健指導を実施する際の留意事項を踏まえた保健指導を行うとともに、保健指導実施後、必要に応じて、糖尿病性腎症重症化予防保健指導結果報告書（別添様式3）又は佐賀県糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導の内容をかかりつけ医へ伝達する。

（注4）保険者が、保健指導対象者の情報の提供をかかりつけ医に依頼する場合には、あらかじめ保健指導対象者から同意を得ておく必要がある。

### (2) 実施保険者

個々の対象者に対するかかりつけ医と連携した保健指導については、かかりつけ医との合意を得て実施する。

### (3) その他

従来、様々な分野において、かかりつけ医との情報共有や理解のもとに治療中の者も対象となる様々な保健事業が行われている。かかりつけ医から情報提供書が届かない場合であっても、治療中の者が市町等の実施する保健事業に参加するなどした場合、対象者の状況に応じて、受診勧奨や生活習慣の改善に関する保健指導など必要と考えられる対応を行うことがあり得る。

本プログラムに基づく保健指導は、こうした従来の方法で行われているものを妨げるものではなく、保険者がより密接にかかりつけ医との連携の下に保健指導を実施する場合に本プログラムを実施する。

## 6 かかりつけ医と専門医等との連携

糖尿病性腎症の重症化予防には、かかりつけ医と専門医等との間で十分な連携を図り、生涯を通じての治療継続が必要である。

かかりつけ医が中心となって専門的な診療が可能な医療機関や専門医等と連携することが重要であり、必要に応じて各糖尿病基幹病院の糖尿病コーディネーター看護師との連携を図る。

### 【参考】

〔かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準〕

エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018から引用

(1) 高度蛋白尿：尿蛋白/Cr比0.50g/gCr以上、または1+以上

(2) 軽度蛋白尿：尿アルブミン/Cr比30～299mg/gCr、蛋白/Cr比0.15～0.49g/gCr、尿蛋白(±)のいずれかに該当し、かつ血尿が陽性(1+)以上

- (3) eGFR45ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満 (40歳未満ではeGFR < 60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満)  
 (4) 軽度蛋白尿:尿アルブミン/Cr比 30~299mg/gCr、蛋白/Cr比 0.15~0.49g/gCr、  
 尿蛋白(±)のいずれかに該当し、かつ eGFR60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満

腎臓病の大部分は尿検査の異常を伴っており、無症状の腎臓病や腎機能の悪化を早期に発見するには尿検査が極めて重要である。

### かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日) 尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量(g/日) 尿蛋白/Cr比(g/gCr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値 ≥90		血尿+なら紹介、 尿蛋白のみならば生活指 導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下 60~89		血尿+なら紹介、 尿蛋白のみならば生活指 導・診療継続	紹介
	G3a	軽度~中等度低下 45~59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診 療継続	紹介	紹介
	G3b	中等度~高度低下 30~44		紹介	紹介
	G4	高度低下 15~29		紹介	紹介
	G5	末期腎不全 <15		紹介	紹介

上記以外に、3カ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。  
 上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

#### 腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査
- 2) 進展抑制目的の治療強化(治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入

#### 原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。  
 糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など)を要する場合  
 糖尿病合併症(網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク患者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合  
 上記糖尿病合併症を発症している場合  
 なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと

(作成:日本腎臓学会、監修:日本医師会)

出典 エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018(編集 日本腎臓学会)

### [かかりつけ医から糖尿病専門医への紹介基準]

HbA1c(NGSP)が2か月連続して8.0%以上

### [定期受診]

眼科・歯科などの合併症については、眼科医、歯科医師への定期受診によりかかりつけ医と連携した診療を行う。

実施したプログラムの評価としては、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(結果)の各段階を意識した評価を行う必要がある。また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要がある。

健診・医療データの一元管理のため、例えば、以下の対応を進めるなど、アウトカム評価ができる体制づくりが必要である。

- (1) 佐賀県糖尿病連携手帳等の活用等により、本人同意のもと医療機関、保険者で随時データの共有を行う。
- (2) 保険者の事業の実施状況を把握し、評価・分析を行っていくため収集しておくべきデータとして次のような項目が考えられる。

(毎年把握するデータ)

- ア 保険者における対象者数、そのうち個別に働きかけた数
- イ かかりつけ医と連携した対応を行った数
- ウ CKD重症度分類のステージの維持・改善・悪化の数
- エ 糖尿病性腎症病期分類別の維持・改善・悪化の数
- オ 健診受診率

(中長期的に把握するデータ)

- ア HbA1c(NGSP)7.0%以上の人数と割合、うち糖尿病治療中・未治療者数と割合の推移
- イ HbA1c(NGSP)8.0%以上の人数と割合、うち糖尿病治療中・未治療者数と割合の推移(アの再掲)
- ウ 新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の推移
- エ 人工透析にかかる医療費の推移 等

## 8 個人情報の取扱い

本事業の取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータ等をはじめとする様々な個人情報が活用されるので、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。)に定める要配慮個人情報に該当し、他の個人情報よりも慎重に取り扱う必要がある。

個人情報保護法を念頭に、県・市町・後期高齢者医療広域連合においては、それぞれが定める個人情報の保護に関する条例の規定に基づき、また関係機関においては、それぞれが定める個人情報の保護に関する規定等に基づき、適切に取り扱うこと。

## 9 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組方策について示したが、各地域・職域での実施に当たっては、保険者と医療関係者が密接に連携して、事業を展開する必要がある。

また、各保険者においては、本プログラムを参考に地域及び職域の実情にあった具体的な手順を作成し、取組の成果を検証することで、PDCAサイクルを回し、より効果的な取組につなげていく必要があり、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、各地域の糖尿病の専門家等の助言を受けることも必要である。

そのためには、糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組の推進体制を構築する場として、佐賀県糖尿病対策推進会議や県及び二次医療圏ごとに開催する「ストップ糖尿病」対策会議等を活用することが重要である。

なお、本プログラムに記載のない事項については、平成 31 年 4 月 25 日改定された日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 28 年 4 月 20 日策定)を参考とする。

# 糖尿病性腎症重症化予防 連絡票

年 月 日

主治医 様

市町名(保険者名)

担当者名

連絡先(TEL)( ) -

下記の方について、特定健診の結果、糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準(下記参照)に該当されました。つきましては、今後の御指導・御加療をお願いいたします。

なお、御多忙中恐縮ですが、保険者が実施する保健指導及び栄養指導において先生からの御指示をいただき重症化予防に活かしたいことから、別紙(別添様式2)を返信いただきますようお願い申し上げます。(返信方法は別途保険者により提示する。)

あわせて、今後の継続支援の情報共有のために、下記の方が佐賀県糖尿病連携手帳等をお持ちでない場合は、発行について御検討いただければ幸いです。

## 対象者

ふりがな							
氏名							
生年月日	年	月	日	( )歳	性別	男・女	
住所							
電話番号							

【添付書類】 特定健診結果経年表

e-GFRの推移とステージ(病期分類)

### 【糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準】(佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより抜粋)

下記及び地域の実情に応じて保険者が個別に定める者

(1) 医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者

医療機関未受診者

過去の健診において、空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上又はHbA1c(NGSP)6.5%以上の者のうち、尿蛋白を認める者又はeGFRが60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者

糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の受診日から6カ月経過しても受診した記録がない者

(2) 糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医師からの情報提供により、糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明した者

### 【本人同意欄】

私は、この糖尿病性腎症重症化予防プログラムの趣旨を理解し、医療機関から情報提供書を \_\_\_\_\_ 市(町)に提供されることに同意します。

年 月 日 氏名



(様式例：かかりつけ医→保険者)

(別添様式2-表面)

# 糖尿病性腎症重症化予防 保健指導情報提供書

年 月 日

市町国民健康保険担当課長 様

(市町国保以外の場合は各保険者の担当課長名)

医療機関名

主治医

下記の方への保健指導を実施することは適当である。

氏名		生年月日	年 月 日	男・女
住所		電話番号		
<b>保健指導に関する情報提供</b> (該当事項に記載又はチェックしてください)				
検査結果	(検査日: 年 月 日)			
	・eGFR( ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) 年間 eGFR 低下速度( ml/分/1.73m <sup>2</sup> /年) ・血清クレアチニン ( mg/dl ) ・尿蛋白定量検査 ( g/gCr ) ・尿アルブミン値 ( mg/gCr ) ・推定一日食塩摂取量(尿中ナトリウム測定) ( g/日 ) ・HbA1c(NGSP) ( % ) <b>治療におけるコントロール目標値 HbA1c(NGSP) ( % )</b>			
治療方針	治療中もしくは開始 経過観察( カ月後) 他医紹介( )			
保健師・ 栄養士への 指示事項	連携支援のため佐賀県糖尿病連携手帳等を発行しています 食生活指導 運動指導 服薬指導 禁煙指導 保健指導を実施するにあたり留意すべきことがあれば御指示ください			
保健師・ 栄養士への 栄養素等の 指示事項	<b>裏面「( 2 ) 栄養等の参考」により実施してよい 下記内容で指導する</b> 〔 ・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 <b>体重減少・低BMIが見られる場合は、低栄養防止の指導を行う</b> 〔 ・体重減少 : 5% (過去6か月以内) 又は 10% (過去6か月以上) ・低BMI : <18.5 (70歳未満) , <20 (70歳以上) BMI = 体重(kg) ÷ (身長(m)) <sup>2</sup> 〕			

(※1)CKDの重症度分類(CKD診療ガイド2012)

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	≥90		
	G2	正常または軽度低下	60~89		
	G3a	軽度~中等度低下	45~59		
	G3b	中等度~高度低下	30~44		
	G4	高度低下	15~29		
	G5	末期腎不全(ESKD)	<15		

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死発症リスクを緑色のステージを基準に、黄色、オレンジ、赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

注：わが国の保険診療では、アルブミン尿の定量測定は、糖尿病または糖尿病性早期腎症であって微量アルブミン尿を疑う患者に対し、3カ月に1回に限り認められている。糖尿病において、尿定性で1+以上の明らかな尿蛋白を認める場合は尿アルブミン測定は保険で認められていないため、治療効果を評価するために定量検査を行う場合は尿蛋白定量を検討する。

尿試験紙法での尿蛋白定性評価は、-をA1、±をA2、1+以上をA3とするが、尿蛋白定性検査は濃縮尿や希釈尿の影響を強く受けるため、定量の結果で評価することが望ましい。

エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018(編集 日本腎臓学会)より引用

( 2 ) 栄養等の参考

食事療法の継続のためには、

\* 個々の食習慣を尊重しながら、柔軟な対応を行っていく。

\* 患者個々のリスクを評価し、医学的齟齬のない範囲で、食を楽しむことを最も優先させる。

総エネルギー摂取量

総エネルギー摂取量 (kcal/日)*1	目標体重 (kg)*2	エネルギー係数の目安
目標体重 × エネルギー係数 (kg) (kcal/kg)	65歳未満 身長(m) <sup>2</sup> × 22	軽い労作：25~30 (大部分が座位の静的活動)
	65~74歳 身長(m) <sup>2</sup> × 22~25	普通の労作：30~35 (座位中心だが通勤・家事、 軽い労作含む)
	75歳以上 身長(m) <sup>2</sup> × 22~25 <sup>*3</sup>	重い労作：35~ (力仕事、活発な習慣がある)

\*1: エネルギー摂取量の過不足の評価は、BMI又は体重変化量を用いる。

\*2: 目標体重は現体重に基づいて、段階的に再設定する等の柔軟性に配慮する。

\*3: 75歳以上の後期高齢者では、現体重に基づき、フレイル、ADL低下、併発症、体組成、身長短縮、摂取状況や代謝状況を踏まえて適宜判断する。

たんぱく質摂取量：エネルギー摂取量の20%以下が望ましい。

栄養障害、フレイル・サルコペニアを有する症例(特に高齢者)では、重度の腎機能障害が無ければ、充分なたんぱく質の摂取が推奨される。

食塩摂取量：高血圧合併やeGFR60未満(CKDG3a以降)の場合は、6g未満/日を推奨する。

(様式例：保険者→かかりつけ医)  
糖尿病性腎症重症化予防  
保健指導結果報告書

(別添様式3)

年 月 日

主治医様

先日、ご紹介を頂きました \_\_\_\_\_ 様について、下記のとおり  
保健指導を行いましたので、ご報告いたします。

対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
指導状況	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"><p>(記載項目例)</p><p>&lt;保健指導実施日、実施場所&gt;</p><p>&lt;対象者の生活状況&gt;</p><ul style="list-style-type: none"><li>・食事状況</li><li>・運動状況</li><li>・服薬状況</li><li>・就労状況</li><li>・家庭の状況</li><li>・その他特記すべき事項 等</li></ul><p>&lt;保健指導内容&gt;</p></div>	
	<p>今後の連携支援のために佐賀県糖尿病連携手帳等の発行について御検討いただければ幸いです。</p> <p>今後の継続した連携支援のために佐賀県糖尿病連携手帳等にも記載しております。</p>	

市(町) 課  
担当者名(職種) \_\_\_\_\_  
TEL ( ) - \_\_\_\_\_