**横手市　糖尿病・慢性腎臓病重症化予防保健指導指示書**

令和　　　年　　　月　　　日

横手市長　様

医療機関名

主治医

℡

送付先：〒013-0044　横手市横山町1-1

横手市市民福祉部健康推進課**栄養支援係**

℡35-2185

次のとおり保健指導を依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  患者氏名 | 男・女 | 生年  月日 | | 年　　　月　　　日生 |
| 住所 |  | | | |
| 身体状況 | 身長　　　　　　　　　　　ｃｍ | | 体重　　　　　　　　　　　ｋｇ | |

|  |
| --- |
| **栄養指導指示病名** |
| □　２型糖尿病　　□　糖尿病性腎症　　□　脂質異常症　　□　高血圧症　　□　肥満症  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **保健指導に関する指示事項** |
| □　栄養バランスのよい食事  □　食事の回数が多い　　□　外食や総菜、弁当等の利用・食品の選び方  □　菓子や清涼飲料などの砂糖の多い食品を控える  □　調味料の使い方　　→　　食塩摂取制限　：　有（　　　ｇ未満）・　無  □　欠食・ムラ食いがある　　□　夕食過食・夜食がある  □　飲酒習慣がある　　□　運動　　□　喫煙　　□　体重管理　　□　血圧測定 |
| その他ご意見、ご指示等がありましたら記載願います。 |