

佐野市糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導業務委託仕様書

1. 件名

佐野市糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導業務委託

2. 履行場所

佐野市役所及び佐野市が指定する場所

3. 履行期間

契約締結日から令和8年3月24日まで

4. 事業概要

佐野市（以下「委託者」という。）は国民健康保険の特定健康診査の結果及び診療報酬明細書から、糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化予防の必要性が高いと思われる被保険者に対して行う保健指導業務について、専門性を有する事業者（以下「受託者」という。）へ委託し、実施する。

5. 事業の対象者

事業対象者は、佐野市国民健康保険の被保険者のうち、特定健康診査の結果及び診療報酬明細書から、次の①～③の条件を満たし、「糖尿病性腎症の病期が第2期以上相当」として抽出した者のうち、「参加同意書（様式1）」及び「糖尿病性腎症保健指導指示書（様式2）」の提出があった者とする。

①特定健康診査の結果、空腹時血糖 126mg/dl 以上又は HbA1c(NGSP 値) 6.5%以上を満たす者のうち、次のいずれかに該当する者。

- ・尿蛋白（±）以上
- ・血清クレアチニン検査を行った場合、eGFR60ml/分/1.73 m²未満

②診療報酬明細書の内容において、最近1年間に糖尿病受療歴がある者。なお、次のいずれかに該当する者は除く。

- ・1型糖尿病の者
- ・がん等で終末期にある者
- ・認知機能障害など保健指導の効果が見込めない者
- ・糖尿病透析予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象となっている者

③そのほか、以下の条件に該当する者は除く。

- ・すでに透析療法を開始している者又は透析療法を開始することが予定されている者
- ・糖尿病性腎症第4期で、保健指導により病状の維持または改善が見込めない者
- ・その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者
- ・介護保険サービスを利用している者、多くの併存障害や機能障害がある者等、委託者において除外すべきと判断した者

6. 事業実施者数

保健指導対象者 20人

※事業対象者のうち指導を希望すると見込まれる人数であって、実際の保健指導対象者数を保証するものではない。

7. 保健指導実施者にかかわる条件

保健指導実施者は、糖尿病療養指導等の十分な経験を有し、糖尿病患者への保健指導実施のための研修等を受けた医師、保健師、看護師、管理栄養士であること。

8. 業務内容

下記に記載した内容を基準とし、専門職が、かかりつけ医と連携し保健指導対象者のニーズに沿った保健指導を実施すること。

① 保健指導の構成及び期間

保健指導は、初回面談（アセスメント、支援計画立案）、中間支援（電話または手紙もしくは面談による支援を6回以上実施すること。うち1回以上は面談での支援を行い、中間評価を行うこと。）、最終面談（最終評価）を実施することを基本とし、初回面談から最終面談までの保健指導実施期間の目安は6か月とする（「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」（別紙1）参照）。

また、指導計画以外でも、保健指導対象者からの質問や相談は対応可能な時間内で受け付ける。

② 保健指導内容

保健指導対象者の状況を把握し、保健指導対象者自身が健康状態を理解し、生活習慣改善のための取り組みを継続的に進められるよう、阻害要因、促進要因を明らかにし、適切かつわかりやすい助言

指導に努めること。

【糖尿病性腎症各病期共通】

- ・ 保健指導対象者の身体状況、飲酒・喫煙状況を含む食生活・運動習慣等の生活習慣、行動変容ステージについてのアセスメント
- ・ 支援計画立案、目標設定
- ・ 受診状況確認、受診継続指導
- ・ 服薬状況確認、服薬継続指導
- ・ 血糖・血圧のコントロール状況の確認
- ・ 行動変容・自己管理の実施状況確認・振り返り
- ・ 医師の指示に基づく食事・運動指導
- ・ 禁煙、減塩、適量飲酒等の生活指導・情報提供
- ・ 歯周病等歯・口腔衛生についての情報提供

【糖尿病性腎症 3 期以上の場合に追加】

- ・ 合併症の管理状況の確認、受診勧奨
- ・ 腎排泄性薬剤使用状況の確認

③ 個別保健指導実施計画

受託者は、かかりつけ医が記入した指導票と保健指導対象者から聴取した身体状況、生活習慣等から保健指導対象者のニーズに沿った保健指導実施計画を個別に作成する（「保健指導実施計画書（様式 3）」）。実施に際しては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム（厚生労働省：平成 28 年 4 月策定、令和 6 年 3 月改定、令和 6 年 1 1 月一部訂正）」、「栃木県糖尿病重症化予防プログラム（平成 28 年 1 2 月策定、令和 3 年 3 月改定）」を参考とし、保健指導の内容は糖尿病の重症化予防に効果のある内容とすること。

④ 面談場所

面談指導は、佐野市役所または委託者が指定する場所とする。ただし、保健指導対象者の希望も考慮し委託者と受託者が協議の上決定する。

⑤ かかりつけ医との情報共有

保健指導中における情報の共有として、下記の事項を実施する。

- ・ 糖尿病連携手帳を活用し保健指導対象者とかかりつけ医の診療情報を共有する。
- ・ 必要に応じて、委託者を通して保健指導の実施状況をかかりつけ医に報告する。

- ・ 保健指導終了後、保健指導の実施結果は「保健指導実施報告書（様式4-1）」により、委託者を通してかかりつけ医に報告する。

⑥ 報告書類

受託者は、初回面談実施後に、「保健指導実施計画書（様式3）」及び「保健指導実施報告書（様式4-2）」、中間支援の支援毎に「保健指導実施報告書（様式4-3）」、最終面談終了後に「保健指導実施報告書（様式4-4）」を委託者へ提出する。その他報告を要する事案が発生した場合には、随時当該事案について報告書を提出する。

⑦ 保健指導中断者への対応

初回連絡後、指導期間中に連絡がとれなくなった保健指導対象者については、委託者へ報告するとともに、状況を確認し、指導の継続に向けた調整を行う。

また、保健指導開始後に佐野市国民健康保険の被保険者資格を喪失した者、転居及びその他やむを得ない理由により保健指導を途中で終了することになった場合は、状況把握後速やかに「中断者連絡書（様式5）」を用いて委託者へ報告する。

⑧ 苦情・事故に対する対応

保健指導対象者から苦情が寄せられた場合や事故が発生した場合は、委託者に速やかに報告する。また、苦情または事故に係る記録をし、「苦情・事故報告書（様式6）」を委託者に提出する。

⑨ 禁止事項

プログラムを行う際に、商品等の勧誘・販売を行わないこと。また、指導を行う地位を利用した不当な推奨・販売（商品等を保健指導対象者の誤解を招く方法で勧めること等）等を行わないこと。

9. 評価

- ・ 本事業の実施による効果分析を行うため、指導の評価を行い、結果を委託者へ提出する。評価は保健指導対象者ごとに行うこと。
- ・ 事業の効果分析及び評価は、指導後に検査データを用いて保健指導対象者の客観的な検査値の推移、保健指導対象者本人による自己管理や QOL（生活の質）に関する自己評価、指導を行った従事者の指導記録により行うこと。

10. 納品物

受託者は、以下に定める納品物を委託者へ納品する。様式はすべて委託者、受託者協議の上決定することとする。

- ・ 保健指導実施計画書（様式3）
- ・ 保健指導実施報告書（様式4-1～4）
- ・ 中断者連絡書（様式5）
- ・ 苦情・事故報告書（様式6）
- ・ 最終評価報告書（様式7）

11. 支払方法

業務の進行状況に合わせて、部分払いすることができる。

委託料の支払いは、指導実施月末締め翌月中、又は業務終了後の請求とし、委託者は受託者から請求を受けた日から30日以内に支払うものとする。

保健指導対象者がプログラムを中断した場合は、委託者はプログラムを終了した回までの委託料を支払う。

12. 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（個人情報保護委員会、厚生労働省 平成29年4月14日策定、令和7年6月一部改定）を参考の上、個人情報の保護に関する法律、佐野市個人情報の保護に関する法律施行条例及び別記個人情報特記事項を遵守すること。

契約終了後、委託者及びかかりつけ医から開示された個人情報は委託者、受託者協議の上、廃棄又は委託者に返還すること。

13. 本業務の再委託について

本事業は、再委託を可能とするが、以下の4点を満たすことを条件とする。

- ・ 業務の一部を再委託する場合、あらかじめ委託者の承諾を得なければならない。
- ・ 仕様書の個人情報特記事項を遵守すること。
- ・ 事業における総合的な企画及び判断並びに業務遂行管理部分を再委託してはならない。
- ・ 本業務の契約金額に占める再委託金額の割合は、2分の1未満でな

ければならない。

1 4. その他

本事業にかかわる事業対象者の「糖尿病性腎症保健指導指示書（様式2）」作成費用を除く医療費及び移動に必要な費用は自己負担とする。

また、本事業にかかわる必要経費の一切を委託料に含めることとする。

この他、契約書及び仕様書に定めのない事項または疑義を生じた場合は、委託者と協議の上定めるものとする。

別記

個人情報取扱特記事項

(基本的事項)

第1 受託者は、個人情報の保護の重要性を認識し、この契約に係る業務を処理するための個人情報の取扱いに当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の取扱いを適正に行わなければならない。

(秘密の保持)

第2 受託者は、この契約による業務に関して知り得た個人情報をみだりに他に漏らしてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても、同様とする。

(従事者への周知)

第3 受託者は、この契約による業務に従事する者に対し、在職中及び退職後においても当該業務に関して知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならないこと等、個人情報の保護の徹底について周知しなければならない。

(再委託の禁止)

第4 受託者は、この契約による業務のうち個人情報を取り扱う業務については自ら処理するものとし、委託者の承諾があるときを除き、第三者にその処理を委託してはならない。

2 受託者は、委託者の承諾により、この契約による業務のうち個人情報を取り扱う事項の処理を第三者に再委託するときは、委託者が受託者に求めた個人情報の保護に必要な措置と同様の措置を当該第三者に求めるものとする。

(適正な管理)

第5 受託者は、この契約による業務に関して知り得た個人情報の漏えい、滅失、改ざん及びき損の防止をするため、個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

(収集の制限)

第6 受託者は、この契約による業務を処理するために個人情報を収集するときは、当該業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。

(目的外利用及び提供の禁止)

第7 受託者は、委託者の承諾があるときを除き、この契約による業務に関して知り得た個人情報を当該業務を処理するため以外に使用し、又は第三者に提供してはならない。

(複写及び複製の禁止)

第8 受託者は、委託者の承諾があるときを除き、この契約による業務を処理するに当たって委託者から提供された個人情報記録された資料等を複写し、又は複製してはならない。

(資料等の返還)

第9 受託者は、この契約による業務を処理するために委託者から貸与され、又は受託者が収集し、若しくは作成した個人情報記録された資料等を、この契約が終了し、又は解除された後直ちに委託者に返還し、又は引き渡さなければならない。ただし、委託者が別に指示したときは、当該指示における方法によるものとする。

(調査)

第10 委託者は、受託者がこの契約による業務を処理するために取り扱っている個人情報の取扱状況について、随時に調査することができる。

(指示)

第11 委託者は、受託者がこの契約による業務を処理するために取り扱っている個人情報について、その取扱いが不相当と認められるときは、受託者に対して必要な指示を行うことができる。

(事故発生時における報告)

第12 受託者は、この個人情報取扱特記事項に違反する事態が生じ、又は生じるおそれのあることを知ったときは、速やかに委託者に報告し、委託者の指示に従うものとする。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

(損害賠償)

第13 受託者は、その責めに帰すべき事由により、この契約による業務を処理するに当たり、委託者又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。この契約による業務のうち個人情報を取り扱う事項を再委託した場合において、再委託先の責めに帰する事由により委託者又は第三者に損害を与えたときも、同様とする。

糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム

時期	内 容	
指導前	対象者の選定	佐野市は提供を受けた特定健診結果及び診療明細情報から事業の対象となる対象者情報を抽出する。
	事業案内・勧奨	佐野市は事業対象者へプログラムの案内・参加勧奨を行う。
	参加者決定	佐野市が事業対象者の参加意向を確認し、「糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書(様式1)」を取得する。 かかりつけ医は「糖尿病性腎症保健指導指示書(様式2)」を作成する。
指導開始	初回面談	<ul style="list-style-type: none"> ○ アセスメント・行動目標設定 <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣のアセスメント(食事、運動、生活リズム、口腔衛生等) ・ 生活習慣及び医療機関受診状況を踏まえ、生活習慣改善に向けての行動目標を設定する ○ 助言・指導・情報提供 <ul style="list-style-type: none"> ・ 「糖尿病性腎症保健指導指示書(様式2)」等かかりつけ医の指示のもと、食事、運動指導を行う。 ・ 血糖・血圧のコントロールの必要性、禁煙、減塩、適量飲酒、受診継続、服薬継続等についての助言・情報提供を行う。 <p>※ 必要に応じ、保健指導の実施結果を「保健指導実施報告書(様式4-1)」により、佐野市を通してかかりつけ医に報告</p>
中間 (1 ～ 5 か月間)	電話・面談等による支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 治療状況・生活状況の確認 検査データ、身体状況、定期的な受診行動、服薬状況、生活習慣改善状況について、本人からの聴取やお薬手帳、糖尿病連携手帳等を用いて把握すること ○ 保健指導 <ul style="list-style-type: none"> ・ 「糖尿病性腎症保健指導指示書(様式2)」によるかかりつけ医の指示のもと、食事、運動指導を行う。 ・ 血糖・血圧のコントロールの必要性、禁煙、減塩、適量飲酒、受診継続、服薬継続等についての助言・情報提供を行う。 ○ 行動目標の実行状況の確認、振り返り、評価 ○ 継続的な自己管理のための励まし・助言 <ul style="list-style-type: none"> * 6回以上の支援を基本とするが、支援方法や頻度については参加者の状況に応じて柔軟に対応すること * 6回以上の支援のうち1回以上は面談での支援を行い、中間評価を行うこと * 指導計画以外でも、参加者からの質問や相談は対応可能な時間内で受け付けること * 指導を途中で脱落する者がいないように、創意工夫をすること <p>※ 必要に応じ、保健指導の実施結果を「保健指導実施報告書(様式4-1)」により、佐野市を通してかかりつけ医に報告</p>
概ね 6 か月後	最終面談	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現在の状況の確認 <ul style="list-style-type: none"> ・ 検査データ、身体症状、定期的な受診行動、服薬状況について、本人からの聴取やお薬手帳、糖尿病連携手帳等を用いて把握すること ○ 行動目標の取組みの振り返り、評価 ○ 継続的な自己管理のための励まし・助言

指導終了	報告	保健指導の実施結果等を以下のとおり報告すること ○ かかりつけ医へ ・ 保健指導実施報告書(様式4-1) ○ 佐野市へ ・ 保健指導実施計画書(様式3) ・ 保健指導実施報告書(様式4-2~4) ・ 中断者連絡書(様式5) ・ 苦情・事故報告書(様式6) ・ 最終評価報告書(様式7)
------	----	--

糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム参加同意書

令和 年 月 日

佐野市長 金子 裕 様

フリガナ

氏 名

住 所 佐野市

電話番号 —

1. 私は、下記の説明事項及び糖尿病性腎症重症化予防における生活習慣の改善の重要性を理解し、佐野市が実施する糖尿病性腎症重症化予防保健指導について（下記□のいずれかに✓を記入してください。）

- 参加します →2. について、ご回答ください。
- 参加しません →理由は何ですか。当てはまる番号に○をつけてください。
- 1 自己管理できているから
 - 2 忙しいから
 - 3 かかりつけの医師の指導で十分だから
 - 4 かかりつけの医師から勧められなかったから
 - 5 その他
- （自由記載）

<説明事項>

- 佐野市は、本人の保健指導に対する参加同意を受けて、かかりつけの医師から保健指導指示書を取得すること。
- 佐野市は、(受託者名)に保健指導に関する業務を委託し、保健指導指示書に基づき、電話・面談等により生活の改善に向けた保健指導を行うこと。
- 保健指導の期間は、おおむね6か月間であり、その間、佐野市とかかりつけの医師及び保健指導を実施する(受託者名)は、必要に応じ、診療情報等の保健指導に必要な情報を共有すること。
- 糖尿病治療に関する指示については、かかりつけの医師の指導を受けること。

2. かかりつけの医師と連携して保健指導を行いますので、糖尿病のために通院中であるかかりつけの医師の医療機関名および住所を記入してください。

医療機関名

住 所

糖尿病性腎症保健指導指示書

令和 年 月 日

佐野市長 金子 裕 様

医療機関名
住 所
電 話 番 号
医 師 氏 名

印

※太枠をご記入ください。

フリガナ				
患者氏名	性別	男・女	職業	
	生年月日	昭和 年 月 日(歳)		
住 所	佐野市			
現病名 <small>(該当するものに○をつけ、空欄にご記入ください。該当がない場合は、その旨をその他の欄にご記入ください)</small>	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症(第 期) ↳ 第4期の場合:保健指導により病状の維持または改善が(見込める・見込めない) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症(無・有) <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害(無・有) <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他()			
家族歴	糖尿病の家族歴(無・有・不明)			
保健指導の内容	<input type="checkbox"/> 糖尿病治療ガイドに準ずる(※高齢者糖尿病治療ガイドを含む) <input type="checkbox"/> その他()			
保健指導における具体的な指示事項	目標体重 _____ kg(現在 _____ kg) 指示エネルギー _____ kcal/日 塩分制限: 無・有(6g・7g・8g・その他 _____ g/日) たんぱく質制限: 無・有(_____ g/日) カリウム制限: 無・有(_____ mEq/日) その他、留意して保健指導を実施すべき疾患等(筋骨関節疾患等) ()			
その他の留意事項	<input type="checkbox"/> 生活習慣改善が困難である <input type="checkbox"/> 治療が中断しがちである <input type="checkbox"/> その他()			
直近の検査データ <small>検査日 年 月 日 ※結果コピー添付可</small>	血糖(空腹時・随時) mg/dℓ	HbA1c(NGSP 値) %	eGFR ml/分/1.73 m ²	尿蛋白 -・±・1+・2+・3+・4+
	血圧 / mm Hg	アルブミン尿 mg/gCr	検査日が異なる検査がある場合は、項目欄余白等に検査日を直接記入してください。実施したことがない検査については、今回のために無理に実施する必要はありません。	
服 薬	無・有(薬剤名:)			

(案)

様式3

保健指導実施計画書

令和 年 月 日

佐野市長 金子 裕 様

会社名
指導者名

下記のとおり保健指導を計画いたします。

フリガナ				性別	男・女
氏名					
住所	佐野市				
生年月日	昭和 年 月 日(歳)				
行動目標					
初回面接	方法	面談	日時	年 月 日 時 分～ 時 分	
			場所		
中間支援	方法	面談・電話・ その他()	日時	年 月 日 時 分～ 時 分	
			場所		
	方法	面談・電話・ その他()	日時	年 月 日 時 分～ 時 分	
			場所		
	方法	面談・電話・ その他()	日時	年 月 日 時 分～ 時 分	
			場所		
方法	面談・電話・ その他()	日時	年 月 日 時 分～ 時 分		
		場所			
方法	面談・電話・ その他()	日時	年 月 日 時 分～ 時 分		
		場所			
最終面談	方法	面談	日時	年 月 日 時 分～ 時 分	
			場所		

(案)

様式4-1

保健指導実施(経過・終了)報告書

令和 年 月 日

医療機関名

主治医 先生 御机下

佐野市長 金子 裕

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

フリガナ			
患者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日(歳)		
住 所			
保健指導実施日	(延べ指導回数 回)		
<行動目標>			
<対象者の状況(基礎状況や課題等)>			
<保健指導内容>			
<連絡事項(今後の指導方針等)>			

(案)

様式4-2

保健指導実施報告書(初回面談)

令和 年 月 日

佐野市長 金子 裕 様

会社名
指導者名

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

フリガナ		性別	男・女	腎症病期	第 期
氏 名		生年月日	昭和 年 月 日(歳)		
日 時	年 月 日 時 分~ 時 分		場 所		
行動目標					
<現在の状況(基礎状況や課題等)>					
身長	cm	体重	kg	BMI	kg/m ²
HbA1c(NGSP 値)	%	血糖値(空腹時・随時)	mg/dℓ		
eGFR	mℓ/分/1.73 m ²				
<アセスメント>					
<指導内容>					

(案)

様式4-3

保健指導実施報告書

令和 年 月 日

佐野市長 金子 裕 様

会社名
指導者名

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

フリガナ		性別	男・女	腎症病期	第 期
氏 名		生年月日	昭和 年 月 日(歳)		
日 時	年 月 日 時 分～ 時 分		場 所		
指導方法	面談・電話・その他()		通算回数	通算 回目	
<現在の状況(基礎状況や課題等、行動目標実施状況を含む)>					
体重 _____ kg BMI _____ kg/m ²					
HbA1c(NGSP 値) _____ % 血糖値(空腹時・随時) _____ mg/dℓ					
eGFR _____ mL/分/1.73 m ²					
<アセスメント>					
<指導内容>					

(案)

様式4-4

保健指導実施報告書(最終面談)

令和 年 月 日

佐野市長 金子 裕 様

会社名
指導者名

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

フリガナ		性別	男・女	腎症病期	第 期
氏名		生年月日	昭和 年 月 日(歳)		
日時	年 月 日 時 分～ 時 分		場 所		
＜現在の状況(基礎状況や課題等)＞					
体重 <u> </u> kg BMI <u> </u> kg/m ²					
HbA1c(NGSP 値) <u> </u> % 血糖値(空腹時・随時) <u> </u> mg/dℓ					
eGFR <u> </u> mL/分/1.73 m ²					
＜行動目標達成状況＞					
＜アセスメント＞					
＜指導内容＞					

(案)

様式5

中 断 者 連 絡 書

令和 年 月 日

佐野市長 金子 裕 様

会社名 _____

担当 _____

下記の方の保健指導については、保健指導期間中ですが、終了いたしましたので報告いたします。

フリガナ		性別	男・女
氏 名			
生年月日	昭和 年 月 日(歳)		
住 所	佐野市		
最終保健指導	年 月 日 通算 回目(面談・電話・その他())		
<終了理由>			
1. 社保加入に伴う国保被保険者資格喪失			
2. 他市町村へ転出			
3. 病状悪化による透析療法開始			
4. 連絡途絶			
5. その他()			

(案)

様式6

苦情・事故報告書

令和 年 月 日

佐野市長 金子 裕 様

会社名 _____

担当 _____

下記の方の保健指導中に(苦情 ・ 事故)が発生しましたので、報告いたします。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	昭和 年 月 日(歳)		
住 所	佐野市		
発生日時	年 月 日 時 分		
発生場所			
苦情・事故 の状況			
対応・ 処理経過			

(案)

様式7

最終評価報告書

令和 年 月 日

佐野市長 金子 裕 様

会社名
指導者名

下記のとおり保健指導を終了しましたので報告いたします。

フリガナ				性別	男・女
氏名					
住所	佐野市				
生年月日	昭和 年 月 日(歳)				
行動目標					
初回面接	年 月 日				
中間支援	面談	回			
	電話	回			
	その他()	回			
計画以外の問い合わせ	面談	回			
	電話	回			
	その他()	回			
最終面談	年 月 日				
最終評価					
直近の検査データ	体重	BMI	血糖(空腹時・随時)	HbA1c(NGSP 値)	
	kg	kg/m ²	mg/dl	%	
検査日 年 月 日 ※結果コピー添付可	eGFR	尿蛋白	血圧	アルブミン尿	
	mL/分/1.73 m ²	-・±・1+・2+・3+・4+	mm Hg	mg/gCr	
※検査日が異なる検査がある場合は、項目欄余白等に検査日を直接記入してください。 実施したことがない検査については、今回のために無理に実施する必要はありません。					