薬局でのチェックシート（浜松市国保糖尿病性腎症重症化予防プログラム）　（令和7年～）

☐ リスク者　・　☐ ハイリスク者　・　☐ 治療中断者　　＊わかる範囲での記載をお願いします

対象者イニシャル：名（　　）・姓（　　）	居住区：浜松市（　　）区	年齢（　　）才	性別（ 男 ・ 女 ）
相談日（R　　年　　月　　日） ➡ 初回 ・ 2回目 ・（　　）回目	アルコール（ 有 ・ 無 ） 喫煙（ 有 ・ 無 ）	身長（　　）cm 体重（　　）kg	体表面積（Du Bois 法） （　　）m^2

＜依頼書兼結果報告書＞記載分

健診実施日	R　　年　　月　　日
医療機関	
HbA1c	（　　）%
血清クレアチニン	（　　）mg/dl
eGFR	（　　）ml/分/1.73m^2
尿蛋白	（−）・（±）・（+）・（2+）・（3+）
未補正 eGFR（eGFR×体表面積/1.73）	（　　）ml/分
血圧	/　　mmHg

その他、確認した内容（自由記載）

【助言内容（相談・確認等）】（※ 該当項目、複数選択可能）

☐ 受診勧奨　☐ 自覚症状の確認　☐ 受診できない理由（　　）

☐ 糖尿病の合併症について（目・腎・神経障害）

☐ 腎機能低下について　☐ 検査値に関して

☐ 病気に対する理解度（ 良 ・ 不良 ）

☐ 障害となる原因（不安な事：　　解らない事：　　）

☐ 服薬遵守の必要性　☐ 運動の必要性　☐ 栄養相談の希望確認

☐ その他（　　）

協力薬局名：
指導薬剤師：

☐ 浜松市・浜松市薬剤師会への報告について口頭確認

相談日は毎回・調剤来局日は 6か月ごとを目安に
記載時ごと、浜松市薬剤師会へ FAX➡ 053-455-0627