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）

□ 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:

臨床研究に関する
同意書の取得 ➡ (有・無)

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