

糖尿病性腎症重症化予防治療証明書(表)

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
病名		腎症病期分類		
該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載				
1.検査所見				
臨床検査等の結果	① 検査日(年 月 日) *直近の検査結果についてご記入ください。			
	空腹時血糖値	()	mg/dL	
	HbA1C (NGSP)	()	%	
	尿中蛋白定量	()	g/g Cre	
	尿中アルブミン定量	()		
	推定塩分摂取量(田中の式)	()	g/日	
	血圧	(/)	mmHg	
	血中総コレステロール	()	mg/dL	
	血中HDL	()	mg/dL	
	血中LDL	()	mg/dL	
	血中トリグリセリド	()	mg/dL	
	ソルセイブ®閾値	()	mg/cm2	
	② 過去4年以内のeGFR(直近の値を3回分)			
	検査日(年 月 日)	eGFR ()	ml/min/1.73m ²	
	検査日(年 月 日)	eGFR ()	ml/min/1.73m ²	
	検査日(年 月 日)	eGFR ()	ml/min/1.73m ²	
	ΔeGFR () /年	ΔeGFR算出年月(年 月)	透析導入予想時期	年 月
	③ GLP-1アナログ製剤による治療開始日 (年 月 日)			
	④ GLP-1アナログ製剤による治療開始時の検査値			
	空腹時血糖値	()	mg/dL	
	HbA1C (NGSP)	()	%	
	尿中蛋白定量	()	g/g Cre	
	尿中アルブミン定量	()		
	⑤ GLP-1アナログ製剤による治療開始時から過去4年以内のeGFR			
	検査日(年 月 日)	eGFR ()	ml/min/1.73m ²	
検査日(年 月 日)	eGFR ()	ml/min/1.73m ²		
検査日(年 月 日)	eGFR ()	ml/min/1.73m ²		
ΔeGFR () /年	ΔeGFR算出年月(年 月)	透析導入予想時期	年 月	

※ 裏面もあります

糖尿病性腎症重症化予防治療証明書(裏)

2. その他の所見

その他の所見等	糖尿病の家族歴 (なし ・ あり → 詳細:)
	糖尿病合併症 網膜症 (なし ・ あり → 単純性 ・ 前増殖性 ・ 増殖性)
	光凝固療法 (なし ・ あり: 実施時期)
	神経障害: アキレス腱反射の低下 (なし ・ あり)
	その他の合併症 (なし ・ あり → 詳細:)
糖尿病合併症以外の合併症 (なし ・ あり → 詳細:)	

3. 経過

現在の治療	薬物療法
	① 糖尿病治療薬
	GLP-1アナログ製剤名 () 投与量 mg/日 投与量 mg/週
	インスリン注射 (なし あり) 1日のインスリン総投与量 () 単位/日
	インスリン製剤名 ① () ② () ③ ()
	経口血糖降下薬 (なし あり)
	使用製剤名 ① () ② () ③ ()
	上記以外の糖尿病治療薬 (なし ・ あり)
	使用製剤名 ① () ② () ③ ()
	② 療養指導
過去1年以内に糖尿病透析予防指導管理料の算定 (なし ・ あり → 実施時期: 年 月)	
③ 透析治療	
(なし ・ あり → 開始日: 年 月 日)	

4. 今後の療法方針

上記の通り証明します。	医療機関名および所在地
年 月 日	医師名