様式５の７

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

保険医療機関コード：

保険医療機関名：

報告年月日：令和 　 年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 本指導管理料を算定した患者数  （期間：　　年　月～　　年　月） | 1. 名 |

|  |  |
| --- | --- |
| ①のうち、当該期間後の６月末日までにHbA1ｃが改善又は維持された者 | ②　　　　　 名 |
| ①のうち、当該期間後の６月末日までに血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者 | ③　　　　　 名 |
| ①のうち、当該期間後の６月末日までに血圧が改善又は維持された者 | ④　　　　　 名 |

HbA1ｃが改善又は維持が認められた者の割合

⑤

＝　②／①　 　　　　　　　　　％

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

⑥

＝　③／①　　　　　　 　　　 ％

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

⑦

＝ ④／① 　　　　 　％

［記載上の注意］

　　１　「①」の「本管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。

　　２　「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。

３　「①」における期間は、前年の４月１日から当年の３月31日までとする。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、１年に満たない場合は、その届出日以降から当年の３月31日までの期間の結果について記入すること。