

様式 5 の 7

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

医療機関コード:

(※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。)

保険医療機関名:

報告年月日:令和 年8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7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7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7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

= ② / ① ⑤ %

Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合

= ③ / ① ⑥ %

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

= ④ / ① ⑦ %

[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、初回到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。