

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

保険医療機関名： _____

保険医療機関コード： _____

(※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。)

報告年月日： 令和5年7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

= ② / ① %

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

= ③ / ① %

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

= ④ / ① %

[記載上の注意]

- 「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」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。
- 「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。