

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日：令和 5 年 7 月 日

都道府県名

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

注：報告書の記入誤りは、二重線で削除し、訂正印は押さずに訂正すること。

本指導管理料を算定した患者数 (期間：令和 4 年 4 月 ~ 令和 5 年 3 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 %

[記載上の注意点]

- 「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。
- 「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。