

医療機関受診勧奨連絡票

(医療機関名) 主治医先生御侍史

受診勧奨元

保険者 保健指導担当課長

担当者名：

電話番号：

本票持参の方は、特定健康診査の結果、糖尿病や腎機能について受診が必要との判定となりましたので、御多忙のところ誠に恐縮に存じますが、御高診のほどよろしくお願い申し上げます。

なお、お手数をおかけしますが、結果を返信欄にご記入の上、ご返送くださいますようお願い申し上げます。

ふりがな 患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
住所	電話： — —		
治療歴	☐ あり (年～ 年) ☐ なし ☐ 不明		
治療 (自己) 中断歴	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明		
健診の検査データ (年 月 日)	☐ 別紙「健診結果通知表」のとおり ☐ 下記のとおり (特定健康診査受診日： 年 月 日)		
※ご記載いただく か、検査結果等の コピーを添えてく ださい。	身長 cm 体重 kg BMI 血圧 / mmHg 中性脂肪 (空腹時・随時) mg/dl LDL コレステロール mg/dl HDL コレステロール g/dl AST IU/l ALT IU/l γ -GT IU/l 空腹時血糖 mg/dl 随時血糖 mg/dl HbA1c % クレアチニン mg/dl eGFR ml/分/1.73 m ² 尿蛋白定性 () 尿アルブミン定量 () mg/gCr		

[返信欄]

受診の結果は、以下のとおりです。

受診医療機関名：〇〇病院

診察医師名：

受診日： 年 月 日

受診結果

- ☐ 経過観察 (定期受診不要)
- ☐ 経過観察 (定期受診に経過観察予定)
- ☐ 本院で治療開始
- ☐ 他院 (専門医) へ紹介 [紹介先：]
- ☐ その他 ()
- ☐ 受診勧奨元による保健指導を希望する。

※生活指導の留意事項がある場合には生活習慣病療養計画書の写しを添付いただくか様式5をご記入ください。

診断名 ()、治療方針 (食事療法・薬物療法・その他 ())

目標値 (HbA1c %, その他 ())

保健師・栄養士等への指示項目 ()

患者の保健指導への同意 (有り・無し・その他 ())