

保健から医療への医師連絡票(受診勧奨者対象)

年 月 日

医療機関名

主治医

御机下

下記の方は、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、受診勧奨いたしましたところ、貴院の受診を希望されましたのでご連絡いたします。  
ご高診、ご指導の程よろしく願いいたします。

市町村名

保健指導担当課長名

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日( 歳)
住 所		電話番号	
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>高血圧症</li> <li><input type="checkbox"/>脂質異常症</li> <li><input type="checkbox"/>心疾患</li> <li><input type="checkbox"/>その他( )</li> </ul>		
健診結果	特定健康診査受診日 年 月 日 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 血圧 _____ / _____ mmHg 中性脂肪 _____ mg/dl HDLコレステロール _____ mg/dl LDLコレステロール _____ mg/dl GOT _____ IU/l GPT _____ IU/l $\gamma$ -GTP _____ IU/l HbA1c _____ % 尿糖( ) 尿蛋白( ) eGFR _____ ml/分/1.73m <sup>2</sup> ※これまでの健診結果について		
未受診の理由			
生活状況	<家族背景>  <就業状況> <input type="checkbox"/> 就業あり(仕事内容: ) <input type="checkbox"/> 就業なし(家庭での役割: )  <1日の生活の流れ>  <その他>		
受診勧奨時指導内容			
特記事項等	<input type="checkbox"/> HbA1c 6.5%以上 <input type="checkbox"/> eGFR低下 <input type="checkbox"/> 蛋白尿陽性		

担当者名

TEL:

※この文書は紹介状ではなく連絡文書です。  
 ※受診状況について医療機関に連絡することに関しては、本人より同意を得ております。  
 ※なお、今後も継続的な指導が必要な場合は、様式3「医療から保健への糖尿病保健指導依頼書」によりご連絡ください。