**参考様式１**

健診結果により、医療機関へ受診勧奨する際に使用

本人に健診結果とともに持参させ、医療機関が返信欄に記載し受診勧奨元へ返信

医療機関受診勧奨連絡票

（医療機関名）　主治医　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　受診勧奨元

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名：○○市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：○○課　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：

以下の者について、○○健診の結果、宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針に基づき、受診勧奨を行いました。

　御高診いただき、受診結果を記載の上、○○へ返送ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性別 | 男　・　女  受診勧奨元が可能な範囲で記載 |
| 生年月日 | T･S･H　　　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)  ※添付可 | □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㎡　　□尿蛋白定性(　　)  □尿蛋白定量(　　)mg/gCre　 □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：○○病院

診察医師名　　：

受診日　　　　：　　年　　月　　日

□　経過観察（定期的受診不要）

□　経過観察（定期的受診予定）

□　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。

※患者同意のもと医療機関での検査結果等情報提供可能な場合は、添付も考えられる。