

## 医療機関 担当医様

この方は、特定健診結果により、別紙の疾病が疑われると判断したため、受診勧奨させていただきました。

ご本人が、本通知を持参し受診した際は、保険診療によってご高診下さい。

なお、検査等によって糖尿病の診断が確定した方につきましては、眼科および歯科への受診勧奨をお願い申し上げます。

受診日	令和 年 月 日			
診断 (疑いも含む)	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 異常なし			
方針	<input type="checkbox"/> 次年度健診 <input type="checkbox"/> かかりつけ医（当院）で対応（あてはまるものに○をつけてください） 治療について（経過観察 ・ 新たに治療を開始 ・ 現在の治療を継続） 指導について（栄養指導 ・ 運動指導 ・ 服薬指導） <input type="checkbox"/> 協力医療機関に紹介（紹介先： _____） <input type="checkbox"/> 眼科紹介（眼底精査）（紹介先： _____） <input type="checkbox"/> 歯科紹介（紹介先： _____） <input type="checkbox"/> 市へ保健指導を依頼（※） <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td> <input type="checkbox"/> 栄養指導 ・ <input type="checkbox"/> 運動指導 ・ <input type="checkbox"/> 生活指導  <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）             </td> <td style="font-size: 2em;">}</td> </tr> </table>	{	<input type="checkbox"/> 栄養指導 ・ <input type="checkbox"/> 運動指導 ・ <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	}
{	<input type="checkbox"/> 栄養指導 ・ <input type="checkbox"/> 運動指導 ・ <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	}		
医療機関名				

※ご本人に市へ保健指導を依頼することを説明し、承諾を得たうえでご依頼いただきます。

ご依頼後、当市より担当医様へ方針等の確認をさせていただきます。

こちらの用紙は、ご本人の持参した返信用封筒または FAX  
(0198-23-3122)にてご報告いただきますようお願いいたします。