

氏名

様

生年月日

## 令和8年度 医療機関 受診のお勧め

あなたは特定健診の結果、以下の内容により**内科医療機関の受診が必要**と判断されました。  
 つきましては、この通知および同封の健診結果と医療機関担当医様宛の用紙、返信用封筒、マイナ保険証（マイナンバーカード）を持参し、ご案内から**1か月以内にかかりつけ医または裏面の医療機関を受診**してください。

また、1か月を過ぎた場合でも早めの受診をお願いいたします。

糖尿病の疑い、あるいは糖尿病が重症化する恐れがあります。

（併せて、眼科受診および歯科受診の必要性があります。）

腎臓病の疑い、あるいは腎臓病が重症化する恐れがあります。

高血圧による脳卒中や心筋梗塞のリスクがあります。

（1週間の血圧を測り、135/85mmHg以上が続く場合は受診してください）



・血圧は1日2回、座って1～2分の安静後に測定します。

・朝(起床後): ごはんや薬の前にトイレを済ませてから 夜(寝る前): 入浴やトイレを済ませてから

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
朝							
夜							

特定健診受診日 令和 年 月 日

空腹時血糖・随時血糖 ( ) mg/dl HbA1c ( ) %

クレアチニン ( ) mg/dl 尿蛋白 ( )

血圧 ( / ) mmHg LDL-C ( ) mg/dl

