

氏 名

様

生年月日

医療機関 受診のお勧め (花巻市→本人→医療機関→花巻市)

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。

☐ 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。

つきましては、この通知および同封の健診結果と返信用封筒、保険証を持参し、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。

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

医療機関 担当医様

この方は、特定健診結果により、上記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、診断結果等につきましては、下記に記載のうえ、返信用封筒にてご報告していただくとともに、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)	☐ _____ ☐ 異常なし
方針	☐ 次年度健診 ☐ 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) ☐ 協力医療機関に紹介 (紹介先: _____) ☐ 眼科紹介 (眼底精査) (紹介先: _____) ☐ 歯科紹介 (紹介先: _____)
医療機関名	