精密検査連絡票

参考様式 ３

　特定健康診査の結果、糖尿病性腎症が疑われ、医療機関受診の対象となられました。

　つきましては、御高診くださいますようお願いいたします。

　なお、お手数ながら、太枠内を御記入のうえ、御返送をお願いいたします。

　　年　　月　　日

保険者名　　　　　　　　　所属　　　　　　担当

　　　　　　　　　　連 絡 先

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | 男・女 |
| 住所 |  | | 電話番号 |  | | |
| 健診結果（　　　年　　月　　日実施）　添付資料等　□ あり　　□ なし  　　血糖（空腹時・随時）　　　　　　　mg/dl  　　尿定性検査　　蛋白　　　　　糖  　　HbA1c 　　　　％  　　eGFR ml/分/1.73㎡ | | | | | | |
| 貴院での検査結果（検査日：　　年　　月　　日） | | | | | | |
| 病　　名 | | 糖尿病（ １型 ・ ２型 ・ その他 ・ 不明　）  　糖尿病腎症（ １期 ・ ２期 ・ ３期 ・ ４期 ・ ５期 ・ その他 ）  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 検査結果 | | HbA1c %  　尿蛋白（　－　±　＋　⧺　⧻　） アルブミン定量（尿） mg/gCr  　eGFR（　　　 　ml/分/1.73㎡）　　クレアチニン（　　　　　mg/dl）  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 方　　針 | | * 治療不要 * 経過観察（　　　　ヵ月後） * 治療中もしくは開始　　治療における目標HbA1c　　　　　％ * 他医紹介   紹介先医療機関名 | | | | |
| 保健指導の希望の有無 | | * 有　（有の場合は参考様式４にその依頼内容を記入し添付してください） * 無 | | | | |
| 医療機関名 | | 医療機関名  所在地  電話番号 | | 医師名 |  | |