

精密検査連絡票

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りました。  
 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 m <sup>2</sup>				
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 ( - 土 + 卍 卍 ) アルブミン定量 (尿) _____mg/gCr eGFR ( _____ml/分 1.73 m <sup>2</sup> ) クレアチニン ( _____mg/dl) その他 ( )			
方 針	<input type="checkbox"/> 治療不要 <input type="checkbox"/> 経過観察 ( _____カ月後) <input type="checkbox"/> 治療中もしくは開始 治療における目標 HbA1c _____% <input type="checkbox"/> 他医紹介 紹介先医療機関名 _____			
保健指導の希望の有無	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 無			
医療機関名	医療機関名 _____	所在地 _____	電話番号 _____	医師名 _____