

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 ² | | | | |
| 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 ²) 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 _____ |