

医療機関受診連絡票

- ・ 福岡県では「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、重症化予防に取り組んでおり、保険者の保健師や管理栄養士が、該当者に保健指導を実施しています。
- ・ 本年度の健診の結果、下記の方がプログラムの対象に該当しましたので、保健指導の可否や内容について、主治医の先生の御指示を賜りたいと思います。
- ・ お手数ですが、初診時又は2回目の診察時に、下の太枠内に御記入の上、御返送をお願いします。

令和 年 月 日

保険者名 担当

連絡先

(保険者記載欄)

氏名		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
住所				電話番号
<健診結果> (令和 年 月 日実施) 添付資料 (健診経年結果 有 ・ 無)				
・ 血糖 (空腹時・随時)	mg/dl		・ HbA1c	%
・ 尿定性検査	蛋白	糖	・ eGFR	ml/分/1.73m ²
・ 身長	cm	・ 体重	kg	・ その他

(医療機関記載欄)

医療機関名	医師名 ()	連絡先 電話番号	
貴 院 で の 検 査 結 果 ※実施の場合 のみ記載	(検査日 令和 年 月 日) ※ 検査結果の写しでも可 ・ 血糖 (空腹時・随時) mg/dl ・ H b A 1 c % ・ 尿定性検査 蛋白 糖 ・ 尿アルブミン mg/gCr ・ eGFR ml/分/1.73m ²		
保 健 指 導	☐ 当院にて指導 ☐ 保険者に指導依頼 (※下欄に内容を御記載ください) ☐ その他 (※ 他院紹介等) (内容 :)		
	(保険者に依頼する場合) ☐ 「糖尿病ガイド 2020-2021」に記載のとおり実施 ☐ 上記以外の場合 (指導内容などを具体的にお書きください。)		
	※ 指導の際に特に注意すべき点		