年　　月　　日

**連絡票**

**様式１**

市内医療機関院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　羽　　島　　市

特定健康診査において、糖尿病及び糖尿病性腎症が疑われましたが、未治療あるいは治療を中断しておられますので受診を勧めました。つきましては、ご高診くださいますようお願いいたします。なお、大変恐縮ですが、**太枠をご記入の上、同封の返信用封筒にてご返送をお願い申し上げます**。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  | 性別 |  |
| 住所 |  | | 電話番号 |  | |

〈特定健診結果〉　健診日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HbA1c |  | 血糖値 | mg/dL ( ) |
| 尿定性(糖) |  | 尿定性(蛋白) |  |
| eGFR | mL/分/1.73㎡ | 血圧 | mmHg |

〈本人記入欄〉

|  |  |
| --- | --- |
| 下記の情報を医療機関から羽島市へ提供することに同意します | 年　　月　　日〈氏名〉 |

〈貴院での受診結果〉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 診断名 | □ 糖尿病  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 羽島市への  指示事項 | □　特定健康診査により継続的経過観察（当院での診療を含む）  □　定期受診の確認と勧奨  □ 内服薬確認  □※その他保健指導等（　　　　　　　　　　　　 　　　） | | |
| 医療機関名 |  | 医師名 |  |

〈自由記載欄〉※その他、ご助言等がございましたらご記入をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 治療方針 | □　治療不要  □ 経過観察（　　　　か月後再検査）  □ 治療中  □ 他医紹介（　　　　 　　　　） |
| 羽島市への  指示事項 | * 食事指導 □運動指導 * 服薬指導　　　　　　　　　　　□禁煙指導 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 備考 |  |