保険者⇒医療機関⇒保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式１）

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、保健指導の要否や内容について、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/1.73ｍ２  　・　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　　　・ＨｂＡ１ｃ　　　　　　　％  ・尿定性検査　　蛋白　　　　　　　　　糖  ・尿アルブミン　　　　　　mg/gCr　　 　　 ・eGFR　　　　　　　ml/分/1.73ｍ２ | | | | | | |
| 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）  指導内容などを具体的にお書きください。  ※指示がない場合は各種ガイドラインに沿って指導します。 | | | | | | |
| ※　指導の際に特に注意すべき点 | | | | | | |