**筑紫地区糖尿病等医療連携推進事業　医療機関情報提供票**　 ＜令和　　年　　月　　日＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

特定健診・微量アルブミン尿検査の結果、以下の方について、貴院にて御高診くださいますようお願いします。

返信欄に御記入の上、御返送をお願いします。

 **返信欄**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　年　　月　　日 | 男　・　女 |
| 住　所 | **＜検査結果＞**（令和　　年　　月　　日実施） | 電話番号 |  |
|  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □糖尿病連携手帳に記載□下記のとおり・血糖（空腹時・随時）　　　　　　　mg/dl　　・HbA1c　　　　　　　　　% ・尿定性検査　　蛋白　　　　　　糖　　　　　　潜血　　　　　・eGFR　　　　　 　ml/分/1.73ｍ２ ・身長　　　　　cm　　・体重　　　　　kg　　　・その他　　　　　　　　　　　　　 　・微量アルブミン尿検査（定量）　　　　　　mg/gCr**対象者がどこに****該当するか印☑を****つけてください。** |
| **＜処方内容＞** □おくすり手帳を参照□下記のとおり | **＜今後の方針＞**□①当院で治療継続しますが、ご助言をいただきたい。□②当院及び貴院で併診。□③貴院での治療継続。 |
|  |
| 医師名 |  | 連絡先電話番号 |  |
| 診断名 | □糖尿病（　疑い　・　１型　・　２型　）□糖尿病性腎症（　腎症前期　・早期腎症期　・　顕性腎症期　・　腎不全期　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※検査結果　　　□添付有　・　□糖尿病連携手帳に記載　・　□添付無し |
| 方　針 | □貴院にて経過観察□当院にて経過観察□併診　処方内容　 □おくすり手帳を参照　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □右記のとおり□他院紹介（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　考 |  |