**筑紫地区糖尿病等医療連携推進事業　医療機関受診連絡票**　 ＜令和　　年　　月　　日＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市名**＜健診実施機関＞** | 担当者名 | 連絡先　 |
| 個別健診実施医療機関名 | 担当者名 | 連絡先 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ( 月 日)実施健診結果 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　 月 　日  |  男 ・ 女 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| ・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　　・血圧　　　/　　　ｍｍＨｇ　・その他　　　　　　　　　　　　　 　　　 |
| **＜医療機関記載欄＞****貴院での検査結果を踏まえ、紹介基準を参考の上、今後の方針について御記入ください。（検査結果については写しの添付でも可。）** |
| 医療機関名等 | 医療機関名：医師名： | 連絡先電話番号： | 糖尿病連携手帳の配布の有無（　あり　・　なし　） |
| 貴院での検査結果 | 検査日：　　月　　日（今回の受診で検査を実施しない場合は記入不要です。）・血糖（空腹時・随時）　　　　　mg/dl　・HbA1c　　　　　　　　%　・尿アルブミン　　　　　　mg/gCr・尿定性検査　蛋白　　　　　　　糖　　　　　　　・eGFR　　　　　ml/分/1.73ｍ２　・血圧　　　／　　　mmHg |
| 今後の治療計画（下記紹介基準を参考） | □経過観察　　⇒（いずれかに☑）　□年に１回の特定健診受診を勧めてください。□定期受診（　　　　　　カ月ごと）□治療が必要　　　　　□専門施設へ紹介（保健指導含む）（紹介先医療機関名：　　　　　　　　　　　 　　 　）⇒（該当する　　 □すでに専門施設へ紹介済:　　年　　月（紹介先医療機関名：　　　　　　　 　　　　　）　　　　ものに☑）　　□紹介基準に該当するが、主治医の判断でこのまま当院で受診する |
| 市による保健指導 | □必要⇒市へ依頼（保健師・栄養士への指示を記載してください。） □本人の同意有(できるだけ、食事・生活の指示内容　※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サポートをされる方の同伴をお願いします)□不要⇒　□当院で実施 |

