**特定健診結果からの医師連絡票（受診勧奨者対象）**

　　年　　月　　日

主治医　様

　本票持参の方は、特定健康診査の結果、糖尿病や腎機能について受診が必要との判定となりましたので、御多忙のところ誠に恐縮に存じますが、御高診のほどよろしくお願い申し上げます。

　なお、お手数をおかけしますが、結果を別紙「受診結果連絡票」に御記入の上、御返送くださいますようお願い申し上げます。

　　　　　　　　市（町村）保健指導担当課長

担当者名：

電話番号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 既往歴 | □高血圧症　　　□脂質異常症　　　□脳卒中　　　□心疾患  □なし　　　□あり  　　　　　　　　　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 健診結果 | □別紙「健診結果通知表」のとおり  □下記のとおり（特定健康診査受診日：　　　　年　　月　　日）  身長　　　　　　　cm　　　　体重　　　　　　　kg　　　　　BMI  血圧　　　 /　　　 mmHg 中性脂肪(空腹時・随時)　　　　　mg/dl  HDLコレステロール　　　 mg/dl　　　LDLコレステロール　　 　mg/dl  AST　　　 　IU/l　　　ALT　　　　IU/l  γ-GTP　　　 IU/l  HbA1c　　　　　% 尿糖（ 　　）　　尿蛋白（　 　）　　eGFR　　 　ml/分/1.73㎡  ※これまでの健診結果について | | |
| 特記事項 | □ HbA1c6.5%以上　　　　□eGFR低下　　　　　□尿蛋白陽性 | | |

※この文書は紹介状ではなく連絡文書です。