**レセプト分析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、レセプトデータ分析の結果、過去に糖尿病で薬物治療を受けた記録があるにもかかわらず、最終受診日から６か月間に糖尿病受療歴がありませんでした。

　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 |  |

※この文書は紹介状ではなく連絡文書です。