**受診結果連絡票**

　　年　　月　　日

市町村国民健康保険主管課長　殿

市町村衛生主管課長　殿

医療機関名：

医師名：

先に依頼されました「レセプト分析結果からの医師連絡票」の結果について、以下のとおり報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 受診日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 診断日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 診断結果 | □糖尿病　　　（□生活習慣指導で経過観察　　□薬物治療　　□他医療機関に紹介）□慢性腎疾患　（□生活習慣指導で経過観察　　□薬物治療　　□他医療機関に紹介）□高血圧症　　（□生活習慣指導で経過観察　　□薬物治療　　□他医療機関に紹介）□脂質異常症　（□生活習慣指導で経過観察　　□薬物治療　　□他医療機関に紹介）□その他　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 血糖コントロール | HbA1c　　 %　　　血糖値（空腹時）　　　　mg/dl　　　　血糖値（随時）　　　　mg/dl  |
| その他検査結果（※） | 身長　　　　cm　　　体重　　　　kg　　　BMI　　　 　　　血圧　　　/　　　 mmHg総コレステロール　　　　　　　mg/dl LDLコレステロール　　 　mg/dlHDLコレステロール　　 　　　mg/dl　　中性脂肪　　 　　　　　　　mg/dl　AST　　　 　　　IU/l　　　ALT　　 　　　IU/l血清Cr　　　　 mg/dl　　　 尿中アルブミン　　　　　mg/gCr　　　　尿蛋白（　　　）eGFR　　　 m/分/1.73㎡ |
| 連絡事項 | 慢性腎疾患（CKD）の原因：□糖尿病、□動脈硬化、□腎炎、□その他（　　　　　　　　　）紹介先医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※検査結果については、実施した項目のみで結構です。また、データコピーや療養計画書の添付でも差し支えありません。

※この文書は紹介状ではなく連絡文書です。