（別紙１） 様式例

**京都府糖尿病性腎症重症化予防**

**連　　絡　　票**

　　年　　月　　日

医療機関主治医　様

医療保険者名

**（　医療保険者名　）では、「京都府版糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に則り糖尿病性腎症重症化の予防に取り組んでいます。**

**つきましては、（　医療機関に未受診 ・ 受診が中断されている　）下記の方をご高診いただきますようお願いします。**

**なお、今後の健診事業や保健指導に役立てるため、本人様ご了解のうえ、受診結果をご記入いただき、同封封筒、切手にて返送いただきますようお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | 男　・　女 |
| 住 所 |  | | | 電話番号 | |  | | |
| 特定健診受診日：　　　年　　月　　日  ・血糖（空腹・随時）（　　　　㎎/dl）　・HbA1ｃ（　　　％） ・尿蛋白（- ± ＋ 2＋）  ・ｅＧＦＲ（　　　　　　ｍｌ/分/1.73㎡）　・血清クレアチニン（　　　　　　㎎/dl） | | | | | | | | |
| 貴院での受診結果 | | | | | | | | |
| 受 診 日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 傷 病 名 | | □　糖尿病（　　１型　　２型　　その他（　　　　　　　　　　　））  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | | | |
| 今後の方針  ※可能な項目のみご記入下さい。 | | １．治療中もしくは治療開始　（あてはまるもの全てご記入ください）   * 経口糖尿病薬　　□　インスリン　　□　ＧＬＰ－１ * 食事指導 □ 運動指導　 □ 禁煙指導   ２　経過観察（　　　　ヶ月後）  ３　他院紹介（紹介先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４．そ の 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 保険者への連絡事項 | |  | | | | | | |
| 医療機関名 | |  | | | 医師氏名 | |  | |

医療保険者問い合わせ先：

担当者：

医療保険者が記入

P.12