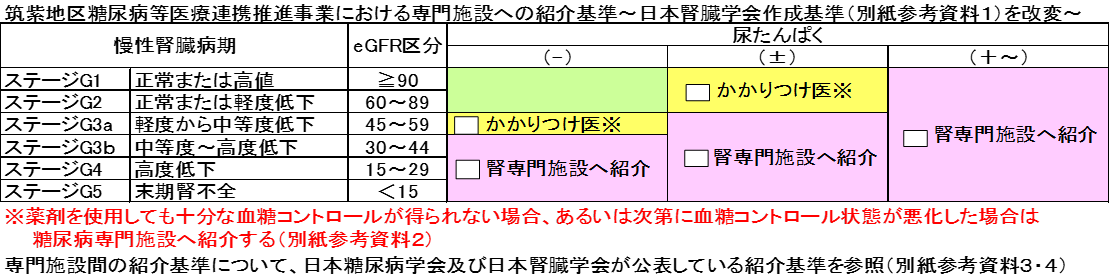
**筑紫地区糖尿病等医療連携推進事業　医療機関受診連絡票**　 ＜令和　　年　　月　　日＞

**＜健診実施機関＞**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ( 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（直近の検査データを御記入ください）  ・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  　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 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  サポートをされる方の同伴をお願いします)  指示内容  ※食事、運動について、その他注意事項等がありましたら記載ください  ※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  □不要⇒　□当院で実施 | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市名 | 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 |

****