様式第１号

糖尿病・慢性腎臓病健診結果連絡票[健康診査受診勧奨値該当者]

健診年月日	年　月　日	連絡票整理番号	
氏　名			
健　診　結　果			
血 糖 値	空腹時　随時 mg/dl		
ＨｂＡ１ｃ	%		
尿　糖	－・±・＋・＋＋・＋＋＋ 以上		
尿 蛋 白	－・±・＋・＋＋・＋＋＋ 以上		
尿潜血(参考値)	－・±・＋・＋＋・＋＋＋ 以上		
血清クレアチニン	mg/ dl		
ｅＧＦＲ	ml / 分 / 1.73 ㎡		
症　状　経　過			
肥 満 度	ＢＭＩ指数		
家 族 歴	有　・　無		
備　考			

糖尿病・慢性腎臓病精密検査回報書[健康診査受診勧奨値該当者]

実施者(保険者等)名		
一次健診	実施機関名	
	実施年月日	年　月　日
	連絡票整理番号	

【診察結果】

実施機関 担当医師名	
実施年月日	年　月　日
診　断　名	
１．異常なし　４．胃切後高血糖 ２．腎性糖尿　５．慢性腎臓病 ３．糖尿病　６．その他　（　）	
患者への指示及び実施者(保険者等)への連絡事項	
１．異常なし ２．要治療（薬物療法） ３．要治療（食事、運動療法） ４．更に精密検査が必要 ５．経過観察（　か月後） ６．その他（　）	
精密検査や治療等で別の医療機関を紹介した場合に記入 紹介医療機関名　【　】	

※　項目の追加は市町村・検診機関の自由とする。