

通知②

健診受診ありの方向け

受診のお勧め

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 様 性別 男 女

生年月日 昭和 年 月 日生 年齢 _____ 歳

住所 盛岡市 _____

特定健診等の結果及び過去の受診歴から、糖尿病の疑い、あるいは糖尿病が重症化する恐れがありますので、医療機関の受診が必要と判断されました。つきましては、この通知・保険証を持参し、医療機関を受診するようにお勧めします。

※健診結果をお持ちの方は、受診時に健診結果も一緒に提示してください。

特定健診(人間ドック)受診日

血糖値 ____mg/dL HbA1c ____%

血圧 ____mm Hg

TG ____mg/dL HDL-C ____mg/dL LDL-C ____mg/dL

尿酸 ____mg/dL eGFR ____ml/min/1.73 m² 尿蛋白 ____

医療機関 担当医様

この方は、盛岡市国民健康保険で行った特定健診結果及び過去の受診歴より、糖尿病の疑い、あるいは糖尿病重症化の恐れがあると判断したことから、上記の通り受診勧奨いたしました。該当者がこの通知を持参し受診した際は、保険診療によって御高診いただき、太枠内に記入の上、対象者が持参した返信用封筒にて御返送くださいますようお願い申し上げます。

診 察 日 令和 年 月 日

今後の方針 要治療 ・ 経過観察 ・ 異常なし

医 療 機 関
(担当医)

担当:盛岡市 市民部 健康保険課業務係
保健師 ○○、○○、○○
電話 019-626-7527(ダイヤルイン)

健診受診なしの方向け

受診のお勧め

通知②

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 様 性別 男 女

生年月日 昭和 年 月 日生 年齢 _____ 歳

住所 盛岡市 _____

糖尿病での医療機関受診を中断されますと、糖尿病が重症化し、合併症が進行するリスクが高まります。つきましては、この通知・保険証を持参し、医療機関を受診するようにお勧めします。

※この通知は、令和4年度、5年度の診療報酬明細書（レセプト）の情報から糖尿病の治療を中断されていると思われる方にお送りしています。

※健診結果をお持ちの方は、受診時に健診結果も一緒に提示してください。

医療機関 担当医様

この方は、診療報酬明細書の情報から、令和4年度に糖尿病での受診歴を確認しましたが、令和5年度においては糖尿病での医療機関受診が確認できませんでした。

このことから、治療中断による糖尿病重症化の恐れがあると判断し、上記の通り受診勧奨いたしました。該当者がこの通知を持参し受診した際は、保険診療によって御高診いただき、太枠内に記入の上、対象者が持参した返信用封筒にて御返送くださいますようお願い申し上げます。

診 察 日 令和 年 月 日

今後の方針 要治療 ・ 経過観察 ・ 異常なし

医 療 機 関
(担当医)

担当:盛岡市 市民部 健康保険課業務係
保健師 ○○、○○、○○
電話 019-626-7527(ダイヤルイン)