

受診のお勧め

令和 7 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 _____

特定健康診査等の結果及び過去の受診歴から、高血圧症の疑い、あるいは高血圧症が重症化する恐れがあり、医師の診察を受ける必要があると判断されました。

つきましては、この通知を持参し、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。

特定健康診査(人間ドック)受診日:

血圧 ____mm Hg 血糖値 ____mg/dL HbA1c ____% 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康診査結果及び過去の受診歴より、高血圧症の疑い、あるいは高血圧症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、①または②の方法で御報告くださいますようお願い申し上げます。

② 本紙 太枠内に記入の上、対象者が持参した返信用封筒にて返送

② 当市公式ホームページ内「盛岡市国民健康保険・後期高齢者医療制度保健事業に協力いただいている医療機関様へ」(広報 ID: 1047158) > (1) 高血圧症対策事業 > 「令和7年度高血圧症対策事業 受診報告」から回答を入力し送信

対象者番号

07-00-000

診 察 日

令和 年 月 日

高血圧症に関する

今後の方針

要治療 ・ 経過観察 ・ 異常なし

医 療 機 関

(担当医)



▲「盛岡市国民健康保険・後期高齢者医療制度保健事業に協力いただいている医療機関様へ」

担当 : 盛岡市 市民部 健康保険課業務係 019-626-7527 (係直通)