

## 受診のお勧め

令和 8 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 m<sup>2</sup> 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、下記の太枠内に記入の上、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

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)