

様

鈴鹿市 健康福祉部 保険年金課

平成 28 年度特定健康診査で血糖値が高かった方へ  
医療機関を受診されることをおすすめします

平成 28 年度に受診された鈴鹿市国民健康保険の特定健康診査では、空腹時血糖（またはHbA1c）の検査結果が高値となっておりましたが、受診はお済でしょうか。糖尿病はほとんど自覚症状がないまま進行します。ご自身の健康を守るために、早めに医療機関を受診されることをお勧めします。

鈴鹿市は、鈴鹿市医師会、管理栄養士と連携し、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（裏面参照）として糖尿病および糖尿病性腎症の重症化予防に取り組めます。受診の際は、プログラムに参加の医療機関（同封の医療機関一覧でご確認ください）にこの通知書と受診報告書、国民健康保険証をご持参ください。

また、受診勧奨のため、電話を差し上げることがございます。ご了承ください。

※この通知は、平成 28 年度の健診結果で空腹時血糖（またはHbA1c）が高値となっていた方のうち、平成 29 年 1 月から平成 29 年 6 月までに、医療機関を受診されていない方にお送りしています。既に医療機関を受診されている方、既に医師から「受診の必要なし」と判断されている方にこの通知が届いた場合はご容赦ください。

※糖尿病性腎症の重症化予防のため、医療機関での受診状況について、受診された医療機関と管理栄養士（栄養指導が必要な場合）及び鈴鹿市が、情報を共有することをご了承ください。

事務担当

鈴鹿市神戸一丁目 18-18

鈴鹿市保険年金課 管理グループ

電話 059-382-9401

## 平成 28 年度のあなたの特定健康診査の結果

| 健診項目 | HbA1c | 空腹時血糖 | クレアチニン | eGFR                       | 尿蛋白 |
|------|-------|-------|--------|----------------------------|-----|
| 結果   | %     | mg/dl | mg/dl  | ml/min/1.73 m <sup>2</sup> |     |

この用紙を医療機関にご持参ください。

# 受診報告書

鈴鹿市長 様

医療機関名  
 医師名  
 医療機関所在地  
 電話番号

下記の方が受診されましたので報告します。

|             |   |                      |   |     |
|-------------|---|----------------------|---|-----|
| 氏名          |   | 生年月日                 | S | 男・女 |
| 住所          | 鈴鹿市   | 電話番号                 |   |     |
| 受診日         | 平成 年 月 日  | ※測定された項目についてご記入ください。 |   |     |
| HbA1c       | %   |                      |   |     |
| 血糖          | (空腹, 随時)<br>mg/d<br>l   |                      |   |     |
| クレアチニン      | mg/d<br>l   |                      |   |     |
| eGFR        | ml/min/1.73 m <sup>2</sup>  |                      |   |     |
| アルブミン尿      | mg/gCr  |                      |   |     |
| 尿蛋白         | - ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+   |                      |   |     |
| 受診結果        | <input type="checkbox"/> 経過観察<br><input type="checkbox"/> 当院で治療<br><input type="checkbox"/> 栄養指導とともに治療<br><input type="checkbox"/> 専門医へ紹介<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                      |   |     |
| その他 (生活状況等) |   |                      |   |     |

この用紙を医療機関にご持参ください。

## 受診 6 ヲ月後報告書

鈴鹿市長 様

医療機関名  
医師名  
医療機関所在地  
電話番号

下記の方の受診状況を報告します。

|             |   |                      |   |     |
|-------------|---|----------------------|---|-----|
| 氏名          |   | 生年月日                 | S | 男・女 |
| 住所          | 鈴鹿市   | 電話番号                 |   |     |
| 受診日         | 平成 年 月 日  | ※測定された項目についてご記入ください。 |   |     |
| HbA1c       | %   |                      |   |     |
| 血糖          | (空腹, 随時)<br>mg/dl   |                      |   |     |
| クレアチニン      | mg/dl   |                      |   |     |
| eGFR        | ml/min/1.73 m <sup>2</sup>  |                      |   |     |
| アルブミン尿      | mg/gCr  |                      |   |     |
| 尿蛋白         | -・±・+・2+・3+   |                      |   |     |
| 受診結果        | <input type="checkbox"/> 治療中断<br><input type="checkbox"/> 当院で治療継続<br><input type="checkbox"/> 栄養指導とともに治療継続<br><input type="checkbox"/> 専門医へ紹介<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                      |   |     |
| 成果・生活状況の変化等 |   |                      |   |     |