別紙１

受診確認はがき例

各医療機関様　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関記入用）

　（自治体名）　　では、郡市医師会と連携し、糖尿病重症化予防事業を実施しております。

　受診状況を把握させていただきたく、次の事項を御記入のうえ、

御返送くださるようお願いいたします。

１　受診日　　　　　　年　　　月　　　日

２　医療機関名

|  |
| --- |
| ３　今後の状況について（該当するものに○をつけてください） |
| ・経過観察  ・生活療法指導  ・薬物治療開始  ・他院へ紹介（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４　次回受診予定について（該当するものに○をつけてください） |
| ・（　　　　）か月後受診  ・次回健診後受診（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

整理番号（　　　　）