

○受診勧奨はがき

各医療機関様 (医療機関記入用)
 水戸市では、市医師会と連携し、「腎臓を守ろう！みとネットワーク事業」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、下記の事項を記入し、御返送くださいますようお願いいたします。

記

1 受診日 令和 年 月 日

2 医療機関名

糖 (A・B) 後期	腎 (C)
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) ・生活療法指導 ・薬物治療開始 ・他院へ紹介 () ・その他 ()	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 ・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 ・その他 ()

整理番号 (A・B・C・後期—) R5