

(参考様式1)

年 月 日

## 紹介状(保険者→一次医療機関)

保険者

機関名

担当者名

TEL fax

紹介者名

ふりがな

氏名

生年月日 年 月 日 ( 歳)

性別 男 女

住所

電話番号

一次医療機関(かかりつけ医)

医療機関名

医師名

TEL fax

健診で高血糖又はHbA1c高値等を指摘された方です。  
今後のご指導・ご加療よろしくお願いいたします。

所属〇〇 職名〇〇 氏名〇〇〇〇