（様式２）

**主治医　　　　　　先生**

**筑紫地区糖尿病等医療連携推進事業**

**保健指導状況報告書**

この度は、筑紫地区糖尿病等医療連携推進事業「医療機関受診連絡票」での御指示、御助言をいただき、ありがとうございました。

下記のとおり保健指導を実施しましたのでご報告いたします。

なお、引き続き保健指導が必要である対象者につきましては、支援を行いますので、今後の治療や保健指導について御指示がある場合は「糖尿病連携手帳」等を活用していただければと存じます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 男 ・ 女 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 保健指導の内容 | 【実施日：　　年　　月　　日】　□　栄養指導　□　運動指導　□　その他【指導実施者】□保健師（　　　　　　）□管理栄養士（　　　　　　） |
| 次回の支援予定 | 年　　　　月　　　　日　 |
| 　　年　　月　　日　　　　　　　市　　　　　　　　　　課　　　　連絡先（　　　　　　　）　　　　　　　　　 |