

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】			
	<input type="checkbox"/> 栄養指導 () <input type="checkbox"/> 運動指導 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
【指導実施者】 <input type="checkbox"/> 保健師 () <input type="checkbox"/> 管理栄養士 ()				
次回の支援予定	年 月 日			
_____ 市 _____ 課 _____ 連絡先 () _____ 年 月 日				