（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】 【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（　）