

(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 ()				