

## 糖尿病性腎症連携連絡票

年 月 日

医療機関名

医 師 名 様

〇〇〇保険者 健康衛生担当課

〇〇〇保険者では、下記のとおり保健指導を実施しましたので報告します。今後とも情報共有を図りながら、保健指導を進めてまいりますので、御協力をお願いします。

記

患者氏名	性 別		男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳 )		
住 所			
保健指導年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	延べ指導回数 回	
行 動 目 標			
保健指導内容	<食事指導>		
	<運動指導>		
	<服薬指導>		
	<禁煙等の生活指導>		
	<その他>		
次年度以降の保健指導予定			
担当課(係)・電話番号・担当者名	担当課(係)	電話番号	担当者名