

参考様式4

糖尿病性腎症重症化予防 保健指導連絡票

令和 年 月 日

主 治 医 様

市町村名（保険者）担 当 者 名連絡先（TEL）

下記の方について、糖尿病性腎症重症化予防に関する保健指導を実施しましたので、その概要を御報告いたします。

<u>氏名</u>		<u>生年月日</u>	<u>年 月 日生（歳）</u>	<u>性別</u>	<u>男・女</u>
<u>住所</u>		<u>電話番号</u>		<u>職業</u>	

【保健指導実施状況】

実施日時：令和 年 月 日

<u>実施項目</u>	<u>実施状況</u>
・指導実施項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> その他の ()	
<保健指導実施者>	<u>職種</u> 氏名

【その他の連絡事項】

--