

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。

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日生（ 歳）	性 別	男・女
住 所		電話番号		職 業	

【保健指導実施状況】 実施日時：令和 年 月 日

実施項目	実施状況
・指導実施項目に ☑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 （ ）	
<保健指導実施者> 職種 氏名	

【その他の連絡事項】