

保健指導依頼連絡票

以下のとおり指導を依頼します。

氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
住所		電話番号	

本人承諾の有無 有 ・ 無	依頼区分	<input type="checkbox"/> ①糖尿病 <input type="checkbox"/> ②CKD <input type="checkbox"/> ③その他 ()	
身体状況	<身長> cm	<体重>	kg
治療状況	<検査値等について、添付または記入してください。> <病名> <内服薬> <既往歴>		
<保健指導・栄養指導を実施する行政への指示や留意事項等>			
<必要な項目にチェック、記入下さい>			
<input type="checkbox"/> 指示カロリー () kcal/日 <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> アルコール指導 <input type="checkbox"/> その他			

依頼年月日：

医療機関所在地：

医療機関名：

医師氏名：

電話番号：