

様式4

保健指導依頼連絡票

医療機関 → 健康課

以下のとおり指導を依頼します。

(フリガナ) 対象者名		生年月日	年 月 日
		性別	年 月 日
		電話番号	

本人承諾の有無	有 ・ 無	依頼区分	☐ 糖尿病 ☐ CKD ☐ 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・ご記入ください>

- ☐ 指示カロリー () kal/日
- ☐ 塩分制限
- ☐ アルコール指導
- ☐ その他 ()

依頼年月日: 年 月 日

医療機関名:

医師名:

電話番号: