**参考様式５**

かかりつけ医了承のもとにおいて、保健指導を実施中（又は終了後）の保険者等から、

医療機関（かかりつけ医）宛てに使用

保健指導実施報告書

（医療機関名）

（医師氏名）様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保険者名）

下記のとおり指導しましたので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | 性別 | | 男　・　女 | |
| 生年月日 | | T･S･H　　年　　月　　日（　　　　歳） | | | 職業 | |  | |
| 住所 | | 電話：　　－　　　－ | | | | | | |
| 病名  ※指示書より転記 | | □２型糖尿病　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 保健指導  年月日 | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日  （延べ指導回数　　回） | | | | | | |
| 長期(　 年　月)  行動目標 | |  | | | | | | |
| 短期(　 年　月)  行動目標 | |  | | | | | | |
| 保健指導内容  特記事項 | | 手段：□電話　□個別面接　□家庭訪問　□その他（　　　　　　　　） | | | | | | |
| 担当課名 |  | | 担当者名 |  | | 連絡先 | |  |