**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 |  |