

年 月 日

糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導実施報告書

医療機関名

医師氏名

先生 様(御机下)

〇〇町保健指導担当課長

平素より大変お世話になっております。
次のとおり保健指導を実施しましたので報告いたします。

氏 名	(男・女)	生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所		電話番号	— —
保健指導年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(延べ指導回数 回)		
保健指導内容			
担当課・係名	担当者名	担当者連絡先	

※今後の保健指導についての情報共有は「糖尿病連携手帳」を活用していきます。