様式３

糖尿病性腎症保健指導実施（経過・終了）報告書

　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医師氏名　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険者名

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ　患者氏名 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 住　　　所 |  |
| 保健指導実施日 | 　　　　 　　　　（延べ指導回数　　　　回） |
| ＜対象者の状況（基礎状況や課題等）＞ |
| ＜目標＞ |
| ＜保健指導内容＞ |
| ＜連絡事項（今後の指導方針等）＞ |
| 担当課・係名 | 電話番号 | 担当者名 |