

保健指導連絡票

連絡先医療機関名

_____先生 平成 年 月 日

患者氏名 _____	性 _____	職業 _____
生年月日 _____	年齢 _____	
患者住所 _____		TEL _____
傷病名		
既往歴 家族歴		

市町村名 _____ 部署 _____

担当者名 _____

連絡内容	<input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 病態についての質問 <input type="checkbox"/> 方針についての質問
詳細	(保健指導に関わる内容を記載し、個人情報にご留意ください)

回答医師名 _____ 回答日 平成 年 月 日

回答	(保健指導に関わる内容を記載し、個人情報にご留意ください)
依頼したい 保健指導	