

## 保健指導・栄養指導 連絡票

連絡先医療機関名

\_\_\_\_\_先生 \_\_\_\_\_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 \_\_\_\_\_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	