

保健指導実施報告書

(医療機関名)

(医師名) 様

流山市糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて、下記のプログラム対象者に対し、保健指導を実施いたしましたので、ご報告します。

フリガナ 患者氏名		生年月日 (年齢)	S・H 年 月 日 (歳)	男・女
対応日 方法 担当	対応日：令和 年 月 日 方法：□電話 □面談 □訪問 □教室参加 □その他 () 職種：□保健師 () □管理栄養士 () □その他 ()			
保健指導内容	□食事指導 目標摂取エネルギー量：_____ kcal □運動指導 □その他生活指導			
計測値	初回対応時(月 日) 体重：_____ Kg BMI：_____ 血圧：_____ / _____ mmHg 現在(月 日) 体重：_____ Kg BMI：_____ 血圧：_____ / _____ mmHg			
ご本人の 様子	□無関心期 □関心期 □準備期 □実行期 □維持期 □その他 ()			
【備考】				

令和 年 月 日

流山市役所 健康増進課 〒270-0121 流山市西初石 4-1433-1

TEL 04-7154-0331 FAX 04-7155-5949