

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： <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 教室参加 <input type="checkbox"/> その他 () 職 種： <input type="checkbox"/> 保健師 () <input type="checkbox"/> 管理栄養士 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
保健 指 導 内 容	<input type="checkbox"/> 食事指導 目標摂取エネルギー量： _____ kcal <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無関心期 <input type="checkbox"/> 関心期 <input type="checkbox"/> 準備期 <input type="checkbox"/> 実行期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 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