

(糖尿病性腎症重症化予防事業 地域→医療機関)

## 相談記録票 ②

フリガナ		生年月日	S・H	年	月	性別	男	女
氏名		住所						

相談日	R	年	月	日	相談方法	訪問	面接	電話	相談回数	
目標										
内容	状況					保健指導				
①日常生活について										
②薬に関すること										
③食事に関すること										
④問題点・心配事										
⑤目標達成状況										
特記事項等										

先生からの指導内容などありましたら糖尿病連携手帳にご記載ください。