

年 月 日

連絡票(一次医療機関→市町村、保険者)

一次医療機関(かかりつけ医)

医療機関名	
医師名	
TEL	fax

紹介者名

ふりがな			
氏名			
生年月日	年	月	日
性別	男	女	
住所			
電話番号			

市町村、保険者

機関名	
担当者名	
TEL	fax

傷病名 糖尿病(1型・2型・その他・不明)

検査結果

治療
食事療法
運動療法
薬物療法

今後栄養保健指導の介入(市町村保健師・栄養士の)

使用する

使用しない

今後HbA1cなどの検査結果や処方などの診療情報の提供

可能

不可能