

【様式1】

(医療機関 → 札幌市保健所 → 札幌市中央健康づくりセンター)

紹介先医療機関等名

札幌市保健所長

医療機関との連携による運動習慣化促進事業
参加連絡票 (診療情報提供書)

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

担当者 部署・氏名

連絡先

※担当者は、利用者の状況について健康づくりセンターと連絡の取れる方をご記載ください。

フリガナ	
患者氏名	性別 男 ・ 女
患者住所	
電話番号	
生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業:

傷病名:
既往歴及び家族歴:
症状経過及び治療経過など (簡単な内容でかまいません)
現在の処方 (お薬手帳等の写しがあれば添付でかまいません)
運動実施にあたっての注意事項や運動の指示があればご記入をお願いします。
参加希望コース <input type="checkbox"/> 生活習慣病コース 「メタボ☆チャレンジ」 昼コース <input type="checkbox"/> 生活習慣病コース 「メタボ☆チャレンジ」 夜コース <input type="checkbox"/> 運動器疾患コース 「ロコモ★チャレンジ」 コース
備考
上記の情報について、札幌市保健所へ提供されることに同意のうえ、上記コースの参加を希望します。 本人氏名 _____

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付願います。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付願います。
* この様式に寄りたいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。