

【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

記載例 ~メタボ☆チャンレンジ~

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)

令和2年 8月 28日

紹介元医療機関の所在地及び名称 〒060-0006 中央区北1条西1丁目1-1

〇〇クリニック

電話番号 666-7777

医師氏名 〇〇〇〇

印

担当者 部署・氏名 外来看護師 〇〇〇〇

連絡先 666-8888

病院名・住所・電話番号等は
スタンプでかまいません

※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	ケン	コウ	タ	ロウ	性別	男	女
患者氏名	健	康	太	郎			
患者住所	札幌市中央区南3条西1丁目1-1-1001号室						
電話番号	090-1111-2222						
生年月日	大	昭	平	45年	5月	5日	(50歳) 職業: 会社員

傷病名: #1) 2型糖尿病、 #2) 脂質異常症

既往歴及び家族歴: 父、母も糖尿病。

症状経過及び治療経過など (簡単な内容でかまいません)

2019年8月当科初診。BS220、HbA1c10.1%、BMI29.0。内服開始し、血糖値100mg/dl前後で経過。現在、HbA1c6%台後半で経過。腎症I期、網膜症の合併症はなし。

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)

別紙参照 (薬手帳コピーを添付)

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。

運動制限等は特にありません。

参加希望コース

- 生活習慣病コース「メタボ☆チャンレンジ」 昼コース
- 生活習慣病コース「メタボ☆チャンレンジ」 夜コース
- 運動器疾患コース「ロコモ★チャンレンジ」 コース

希望コースの選択を
お願いします

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 健康太郎

- 備考 1. 必要がある場合は添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ます。

患者様の自署

【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

記載例 ~ロコモ★チャレンジ~

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)

令和2年 8月 28日

紹介元医療機関の所在地及び名称 〒060-0006 中央区北1条西1丁目1-1

〇〇クリニック

病院名・住所・電話番号等は
スタンプでかまいません

電話番号 666-7777

医師氏名 ○ ○ ○ ○

印

担当者 部署・氏名 理学療法士 ○ ○ ○ ○

連絡先 666-8888

※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	ケン	コウ	ハナ	コ	性別	男	<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>
患者氏名	健	康	花	子					
患者住所	札幌市中央区南3条西1丁目1-1-1001号室								
電話番号	090-1111-2222								
生年月日	大	昭	平	25	年	5	月	5	日 (70 歳) 職業:主婦

傷病名: #1)腰部脊柱管狭窄症 #2)腰椎すべり症 #3)変形性膝関節症
#4)高血圧 #5)骨粗しょう症

既往歴及び家族歴: 乳房悪性腫瘍 (平成26年切除術)

症状経過及び治療経過など (簡単な内容でかまいません)
・2018年に脊柱管狭窄症の手術
・変形性膝関節症については経過観察
・他院で降圧剤の処方あり

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)
別紙参照 (薬手帳コピーを添付)

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	希望コースの選択を お願いします
<input type="checkbox"/>	生活習慣病コース 「メタボ☆チャレンジ」 夜コース	
<input checked="" 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 健康花子

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。

患者様の自署