

カウンセリング指示書

相談者氏名		年 月 日 生年月日 (歳)
住所	電話番号	カウンセリング実施施設名 いちかわこころの相談所 むすび葉
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
次回指示	<input type="checkbox"/> 要 (月ごと) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要に応じて	
病状 治療内容および方針		
カウンセリングに関する留意事項及び指示事項		
直ちに医師への連絡が必要になる状況について		
主治医との情報交換の手段		
その他特記事項		

上記の通り、カウンセリングの実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX)

医師氏名

印