

## カウンセリング指示書

氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	電話番号	カウンセリング実施施設 仙台五橋駅前こころのクリニック こまくさ	
主たる傷病名	① ② ③		
治療内容 および方針			
カウンセリングに対する留意点および指示事項			
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			
その他特記事項があれば記載ください			

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)

醫師氏名

印