

## カウンセリング指示書

氏名		生年月日	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年</span> <span>月</span> <span>日</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(</span> <span>歳)</span> </div>
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>①</span> <span>②</span> <span>③</span> </div>		
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)

医師氏名

印