第１号様式（第４条関係）

（本人記入）

北区糖尿病性腎症重症化予防
保健指導プログラム参加同意書

年　　月　　日

東京都北区長　様

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性のほか、次の説明を受け、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加することに同意します。

１．北区は、医師から指示を受けた内容に基づき、電話・面談等により生活習慣の改善に向けた保健指導を行うこと。

２．保健指導は、北区が事業運営を委託した民間事業者が行うこと。

３．保健指導の期間は概ね６か月程度であり、その間、医師、北区、保健指導実施事業者は、必要に応じ診療情報等の保健指導に必要な情報を共有すること。

４．糖尿病治療に関して、医師の指示に従うこと。

<table>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>加入している保険
どちらかに○を付けてください</td><td>北区国保　・　都広域連合
上記以外の場合は当事業の対象外です。</td><td rowspan="2">性 別</td><td rowspan="2">男　・　女
プログラム実施に当たり性別情報が必要なため、法律上（戸籍）の性別を記入してください。</td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">（〒　　―　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">電 話 番 号</td><td colspan="3">※連絡がつきやすい番号から先にご記入ください。
携帯・自宅・その他　（　　）
携帯・自宅・その他　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">連絡がつきやすい時間帯（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">主 治 医</td><td colspan="3">医療機関名　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">電話　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">ＦＡＸ　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">主治医氏名　（　　）</td></tr>
</table>