

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

令和6年 〇月 〇日

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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 糖尿病治療に関して、医師の指示に従うこと。

フリガナ	キタク タロウ		
氏名	北区 太郎		
加入している保険 どちらかに○を付けてください	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。	性別	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。
生年月日	昭和34年 5月 6日		
住所	〒114-0022 北区王子本町1丁目15番12号		
電話番号	※連絡がしやすい番号から先にご記入ください。		
	携帯 ・ 自宅 ・ その他	(090-1234-5678)	
	携帯 ・ 自宅 ・ その他	(03-1234-5678)	
	連絡がしやすい時間帯 ()		
主治医	医療機関名	(●●クリニック)	
	電話	(03-8888-9999)	
	FAX	(03-8888-9999)	
	主治医氏名	(飛鳥 次郎)	