

## 北区国民健康保険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。

フリガナ			
氏名			
国民健康保険 被保険者記号番号	記号 — 番号	性別	男・女
生年月日	年 月 日		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。
住所	(〒 — )		
電話番号	※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 ( )		
	連絡がつきやすい時間帯 ( )		
主治医	医療機関名 ( )		
	電話 ( )		
	FAX ( )		
	主治医氏名 ( )		