

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

令和5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	コクホ タロウ		
氏名	国保 太郎		
国民健康保険 被保険者記号番号	記号 17 - 99	番号 9999	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	※連絡が付き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) 連絡が付きやすい時間帯 ()		
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 (医師 次郎)		