

糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意書

令和 年 月 日

(保険者) 様

フリガナ	
氏 名	
住 所	〒
電話番号	

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性の他、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 (市 町 村) は、かかりつけ医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指導を行うこと
- 2 保健指導の期間は概ね〇か月程度であり、その間、市町村とかかりつけ医は、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
- 3 糖尿病治療に関する指示はかかりつけ医に従うこと

※ かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、下記にかかりつけ医療機関及び主治医名をご記入ください。

医療機関名	
主治医名	