様式１

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

　　　年　　　月　　　日

　（保険者名）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、糖尿病重症化予防プログラムに参加することに同意します。

　　１　（保険者名）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保健指導を行うこと

２　保健指導の期間は概ね６か月程度であり、その間、保険者とかかりつけ医は、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名をご記入ください。

　　　　医療機関名