

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 ● 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	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 (090-1234-5678)		
	携帯・ 自宅 ・その他 (03-1234-5678)		
主 治 医	連絡がつきやすい時間帯 ()		
	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)		