

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意書

①本人控

②保健センター控

③医療機関控

令和 年 月 日

(あて先) 流山市長

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

〒270-

住所 流山市 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

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. 流山市は、かかりつけ医から指示を受けた内容に基づき、電話・面談・家庭訪問等により、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、流山市とかかりつけ医は、必要に応じ、検査値や保健指導の内容等の個人情報をも、糖尿病性腎症重症化予防事業の範囲内において共有すること
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 \_\_\_\_\_