年　　月　　日

（保険者名）　様

**糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意書**

　フリガナ

　氏　名

　住　所

　電話番号（日中の連絡可能連絡先）

　連絡可能な時間帯

　私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性のほか、以下の内容に関して説明を受け、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　（保険者名）が、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●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（検査データや面談等で話した個人的な情報）を共有すること

３　かかりつけ医から専門医へ紹介された場合においても、保険者とかかりつけ医・専門医は、必要に応じ、診療情報等の保健指導に必要な情報（検査データや面談等で話した個人的な情報）を共有すること

４　糖尿病治療に関する指示は、医師に従うこと

※下記にかかりつけ医療機関名をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| かかりつけ医療機関名 |  |
| かかりつけの医師のお名前 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　－ |
| 電話番号 |  |