

(本人記入)

北区国民健康保険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3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	コクホ タロウ		
氏名	国保 太郎		
国民健康保険 被保険者記号番号	記号 17 — 99	番号 9999	
生年月日	昭和34 年 5 月 6 日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
住所	(〒 114 — 0022) 王子本町1丁目15番22号		
電話番号	※連絡が付きやすい番号から先にご記入ください。		
	<input checked="" type="radio"/> 携帯・自宅・その他 (090-1234-5678) <input checked="" type="radio"/> 携帯・自宅・その他 (03-1234-5678) 連絡が付きやすい時間帯 (平日 午後3時以降)		
主治医	医療機関名	(●●クリニック)	
	電話	(03-8888-9999)	
	FAX	(03-9999-9999)	
	主治医氏名	(医師 次郎)	

国保でない場合は、保健指導を受ける
ことができませんので、国保の被保険者証の
確認をお願いいたします。

なるべく、平日・昼間の
時間帯を記入いただくよう
ご案内ください

「主治医」欄については、
医療機関のゴム印等を
使用していただいて
差し支えありません。