別紙３

主治医が説明 → 患者が記入 → 市町村へ提出

糖尿病重症化予防保健指導プログラム参加同意書

年　　月　　日

市町村国民健康保険担当課長　様

私は、「糖尿病重症化予防保健指導プログラム」への参加について同意します。

また、プログラム参加に必要となる検査データや面談等で話した個人的な情報などを、かかりつけの医療機関と情報共有することについても同意します。

氏　　名

　　　※氏名は必ず自署をお願いします

〒　　　　－

住　　所

電話番号

○かかりつけ医について記入してください。

医療機関名

○初回面談の実施について、以下のとおり希望します。

１　実施場所について（どちらかに　○　をしてください）

　　　自　宅　　　　・　　　市町村（保健センター）の面談室等

２　実施時間について（１時間程度かかります。可能な時間帯に　○　をしてください。）

・夜間は１８時～２０時まで

・事前に電話で日程調整します。

・希望の時間帯に出来ない場合があることを御了承ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| いつでも | 平　日 | | |
| 午　前 | 午　後 | 夜　間 |
|  |  |  |  |

※　この事業の検査結果等の個人情報は、特定の個人が識別されることがない方法で、事業の評価や統計・調査研究をする時に限り、使用する場合がありますことを御了承ください。その場合も、第三者に同目的以外で情報提供・開示することは一切ありません。

　　また、事業参加後、このことに同意できなくなった場合は連絡してください。