別紙２

糖尿病重症化予防保健指導プログラム連絡票

年　　月　　日

主治医　　　　　　　　　　様

保険者名

担当者名

連 絡 先

次の方は、特定健診の結果等から糖尿病重症化予防保健指導プログラム（糖尿病で通院する方のうち、重症化するリスクの高い方に対して、市町村等が医療機関と連携して保健指導を行うもの）の対象者基準に該当しますので、重症化予防のため、今後の対応について御指導・御加療をお願いいたします。

つきましては、糖尿病重症化予防保健指導プログラムの利用の有無について御記載いただき、御返信いただきますようお願いいたします。（返信方法は別途保険者より提示します）

糖尿病重症化予防保健指導プログラムの利用の有無

（該当事項にチェック及び記載をお願いいたします）

|  |
| --- |
| **□** 利用する　　→　別紙４に記載のうえ、本連絡票とともに御返信ください。 |
| **□** 利用しない　→　（利用しない理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  本連絡票を御返信ください。 |

対象者

ふりがな

氏　　名

生年月日　　　　　　年　　月　　日　　　　　　性別　　男　・　女

住　　所

電話番号

本人同意欄

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

○かかりつけ医について記入してください

医療機関名