

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な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。）

いつでも	平 日		
	午 前	午 後	夜 間

- ・夜間は18時～20時まで
- ・事前に電話で日程調整します。
- ・希望の時間帯にできない場合があることを御了承ください。

※ 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。