

糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意書

年 月 日

(宛先) 大田区長

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性の他、下記1～5の項目を了解し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加します。

なお、本プログラムに係る個人情報については、かかりつけ医等関係する医療機関、大田区国民健康保険において保管し、必要に応じて保健指導に活用することに同意します。

※太枠内に記入してください。

参加者	被保険者証 記号・番号	1 1 6 5 — —
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 大田区
	電話番号	(自宅) — — (携帯) — — 連絡可能時間帯
かかりつけ医療機関名	(電話番号) — —	
保健指導実施希望 医療機関 (別紙参照)	第1希望: ..... 第2希望: ..... 第3希望: .....	

1. 大田区国民健康保険（保険者）は、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います。
2. 保健指導の期間は概ね6か月程度であり、その間、保険者・かかりつけ医及び保健指導実施協力医療機関は、必要に応じ、診療情報等の保健指導に必要な情報を共有します。
3. 糖尿病治療に関する指示はかかりつけ医に従います。
4. 糖尿病性腎症重症化予防事業検討会委員(※)が糖尿病性腎症重症化予防指示書兼推薦書を確認し、かかりつけ医と連携して指示内容を明確にすることがあります。
5. 応募者多数の場合は、保健指導が受けられないことがあります。

※ 糖尿病性腎症重症化予防事業検討会委員

(大森医師会)	かぶらきクリニック	鏑木 與善 先生
(蒲田医師会)	東京蒲田病院	小山 豊 先生
(蒲田医師会)	しんクリニック	辛 浩基 先生
(田園調布医師会)	やすだ内科クリニック	安田 大二郎 先生