武蔵野市糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意書

令和　　年　　月　　日

武蔵野市健康福祉部保険年金課　宛

公益財団法人武蔵野健康づくり事業団　宛

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性の他、次の１～３を確認し、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　武蔵野市及び公益財団法人武蔵野健康づくり事業団は、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うこと

２　保健指導の期間は概ね６か月程度であり、その間、保険者とかかりつけ医は、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

３　糖尿病治療に関する指示はかかりつけ医に従うこと

※太枠内にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証  記号・番号 | ２６－　　　　・ |
| フリガナ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 〒  武蔵野市 |
| 電話番号 | 自　　　宅  携帯電話 |
| メールアドレス |  |
| かかりつけ  医療機関名 |  |

かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、武蔵野市内のかかりつけ医療機関名を

ご記入ください。