

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意確認書

令和 年 月 日

市町村国民健康保険担当課長 殿

(保険者により必要に応じて変更ください)

氏 名 _____ (氏名は自署をお願いします)

住 所 _____

電話番号 _____

◆ かかりつけ医を記入してください。

医療機関名： _____

◆ 「参加します (左欄)」又は「参加しません (右欄)」のいずれかにチェックしてください。

また、その後のそれぞれの「問」に回答してください。

 参加します

【問1】面談の実施場所について

御希望の場所をいずれか1つをお選びください。

- 市町村保健センター会議室等の会場
 自宅
 かかりつけ医の医療機関 (施設)

【問2】面談希望日について

・面談日、訪問日を調整させていただきます。
 次の表に、面談の可能な時間帯全てに「○」をつけてください。

いつ でも	平日			土曜日			日曜日		
	午前	午後	夜間	午前	午後	夜間	午前	午後	夜間

※時間帯の目安
 午前 9:00~12:00
 午後 12:00~18:00
 夜間 18:00~21:00

・面談日の調整のために電話連絡をさせていただく場合がございます。連絡がとれない場合は、それ以外の時間帯に連絡する場合がありますので、その旨御了承ください。

希望連絡時間帯： _____

 参加しません

【問】理由は何ですか。

次のいずれかにチェックしてください。その他の場合、具体的な理由を記入してください。

- かかりつけ医が参加を勧めなかったから
 かかりつけ医の指導で十分と思うから
 自己管理ができているから
 参加する時間がないから
 その他

※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。

第三者に先の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、このことについて同意できなくなった場合は、連絡してください。