

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意確認書

平成 年 月 日

市町村国民健康保険担当課長 様

氏 名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

(氏名は自署をお願いします。)

◆ 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。

- かかりつけ医の医療機関 (施設)
- 会議室等の会場 (※注1)

※注1 会場を御希望の方が多数の場合、自宅での面談をお願いする場合があります。

【問 2】日程調整のための御連絡時間について

・あらかじめ電話連絡にて面談日、訪問日を調整させていただきます。次の表に、電話連絡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

・電話連絡が可能な時間帯に連絡いたしますが、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。

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。