**糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム参加同意書**

様式　1

令和　　年　　月　　日

　　　　市長　様

（各市の市長）

　私は、「糖尿病性腎症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となる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

　　　　　　　　　　　　　　　　　※普段連絡のつく番号を記入ください。

○かかりつけ医を記入してください

医療機関名　　　　　　　　　　　　主治医名

○初回面談の実施について、以下のとおり希望します。

　・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○してください）

・事前に電話で日程調整します。

・希望の時間帯に実施できないことがございます。ご了承ください。

|  |
| --- |
| 平　　日 |
| 午　前 | 午　後 |
|  |  |

※　この事業の検査結果等の個人情報は、特定の個人を識別されることがない方法で、事業の評価や統計・調査研究をするときに限り、使用する場合がありますことをご了承ください。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ご連絡ください。