

参加同意書

参加をご希望の場合は、同封の記入例を参考に以下の項目をご記入ください。

また、裏面の「かかりつけ医推薦書兼保健指導依頼書」への記入も必要となりますので、**医療機関に通院の際、かかりつけ医にお渡しください。**(参加を希望されない場合は、記入及び提出は不要です。)

【かかりつけ医へのご提出期限:令和7年7月31日まで】

私は、令和7年度の糖尿病性腎症重症化予防プログラムへの参加に同意します。

カナ氏名	《カナ氏名》
氏名	《氏名》
生年月日	《生年月日》
住所	《住所》
医療機関名	《医療機関名》

※本プログラムへの参加にあたり、かかりつけ医からあなたの健康に関する情報を提供いただくことをご了承ください。

保健指導会社からのお電話時のご連絡先・支援希望時間帯・場所をご記入ください。

※お申込後、担当保健師・管理栄養士の携帯電話よりご連絡します。

電話番号	携帯		自宅			
	—	—	—	—	—	—
支援が可能な時間帯すべてに <input checked="" type="checkbox"/> (チェック) をつけてください。	ご記入いただいた時間帯の中で優先的に支援日を調整いたしますが、異なる曜日や時間帯となる可能性がありますことをご了承ください。					
いつでも	平日		土曜		日曜・祝日	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
初回面談の実施希望場所対面/オンラインどちらかでの方法に <input checked="" type="checkbox"/> (チェック) をつけてください。	対面面談	✓	自宅			
		✓	自宅以外(別途ご連絡をする会場での支援) ※会場までの交通費は、自己負担となります。			
	オンライン面談	✓	オンライン(zoom)での面談 ※ご自身の PC/スマートフォン等を使用した面談となります。通信費用は自己負担となりますので、Wi-Fi 環境を推奨しております。			

次の受診(予定)日を下記にご記入ください

次の受診(予定)日は ____ 年 ____ 月 ____ 日です。(予約がある場合)

医療機関に通院の際に、かかりつけ医へお渡しください。

かかりつけ医推薦書 兼 保健指導指示依頼書

記入日 令和 7 年 月 日

医療機関名 《医療機関名》

かかりつけ医

印

(フルネームでのご署名と押印をお願いします)

【かかりつけ医の先生へ】

当事業では、糖尿病性腎症重症化予防のための「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を行っております。プログラムは先生からご推薦いただき、患者様に関する留意事項等についてご指示いただいた上、開始します。

患者様に将来にわたり健康な生活をお送りいただくため、プログラムへの参加が望ましい方のご推薦をお願いします。また、**参加を勧める場合、かかりつけ医推薦書の(参加)を 勧めるにチェックの上、点線以下の保健指導指示依頼書への記入をお願いします。参加を勧めない場合も、 勧めないにチェックの上、ご提出をお願いいたします。** 詳しいご提出方法は市町担当者にご確認下さい。

<かかりつけ医推薦書>

かかりつけ医推薦書 ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)をご記入ください				
プログラムへの参加を	<input checked="" type="checkbox"/>	勧める (勧める場合のみ指示依頼書を記入してください。) ※ I 型は対象外となります。	<input type="checkbox"/>	勧めない
糖尿病性腎症の病期	2期	3期	4期	不明
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<保健指導指示依頼書>

下記のとおり保健指導を依頼します。

保健指導に関する指示事項				
↓該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)をお願いします。				
<input checked="" type="checkbox"/>	糖尿病性腎症患者に対して「糖尿病診療ガイドライン」(日本糖尿病学会)及び保健指導プログラムのとおり実施することが適当である。			
(任意)上記の他、留意することがある場合のみ、ご記載いただける範囲でご記入ください。				
例えば、合併症の状況、運動・塩分制限、摂取カロリー等 ※楷書にてご記入ください				

(任意)最新の検査値がございましたら可能な範囲でご記入下さい。[検査日: 令和 年 月 日現在]

身長	体重	クレアチニン	収縮期血圧	拡張期血圧
cm	kg	mg/dl	mmHg	mmHg
HbA1c	eGFR	尿中微量アルブミン	尿蛋白(定性)	空腹時血糖・随時血糖
%	mL/min/1.73 m ²	mg/L	- - 土 - + + 2+ - 3+	mg/dl

※検査値等の個人情報の提供については、プログラムへの参加同意書にて患者本人より同意を得ています。

医療機関様より各市町へご提出をお願いします ※推薦がない場合も同様です。