

## 支援プログラム参加同意書（イメージ）

●●市役所 ●●課

同封の書類をお読みいただき、記入例を参考に以下の項目をご記入ください。

裏面の支援プログラムかかりつけ医推薦書兼指示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。

パターン2は同意書を返送してもらう

【申し込み期限：令和8年〇月〇〇日（〇）まで】

私は、令和8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。

力 ナ 氏 名	× × × × × × ×
氏 名	× × × × ×
生 年 月 日	× × 年 × × 月 × × 日
住 所	× × × × × × ×
医 療 機 関 名	●●病院

保健指導会社からお電話します。その際の電話番号をご記入ください。

電話番号	携帯	—	—
	電話	—	—

面談の実施場所について、ご希望をご記入ください。

支援が可能な時間帯すべてに☑(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
自宅以外での支援を希望する場合は☑(チェック)をつけてください。	やむを得ない事情がある場合は、別途ご案内する会場にて支援が可能です。					
	自宅以外での支援を希望します。					

※会場までの交通費は、自己負担となります。

※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。

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）

受診の際にこの書類を医療機関へお持ちになり、かかりつけ医にお渡しください。

なお、参加に同意されない場合は、依頼不要ですので、この書類を破棄してください。

## 支援プログラムかかりつけ医推薦書兼指示依頼書（イメージ）

## 【かかりつけ医の先生へ】

当事業では、糖尿病重症化予防のための「生活習慣改善支援プログラム」を行っています。プログラムは、先生からご推薦をいただき、患者様に関する留意事項等についてご指示をいただいた上、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。（なお、プログラムへの参加費用は無料です。）

**枠内をご記入いただき、参加を勧めない場合でも市町村へご提出ください。**なお、ご提出方法は市町村担当者にご確認ください。

## ＜かかりつけ医推薦書＞

※いずれかに☑(チェック)をご記入ください。

プログラムへの参加を	<input type="checkbox"/> 勧める 腎症3期及び4期の方には なるべくお勧めください。 2期の方には支援が必要と考えられる 場合にお勧めください。	<input type="checkbox"/> 勧めない 1期の方は勧めないでください。		
糖尿病性腎症の病期	<input type="checkbox"/> 2期	<input type="checkbox"/> 3期	<input type="checkbox"/> 4期	<input type="checkbox"/> 不明

## ＜保健指導指示依頼書＞

※参加を勧める場合に限り保健指導指示依頼書の記入をお願いします。

## 保健指導に関する指示事項

↓該当する場合は、☑ (チェック)をお願いします。



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

(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ください。

[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	尿蛋白(定性)	空腹時血糖 ・ 随時血糖	
%	ml/分	- ・ ± ・ + ・ 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。