様式１

低栄養保健指導参加同意書

令和　年　月　日

市町担当課長　様

氏名（自署）

（代筆者名　　　　　　　）

住　所

電話番号

|  |
| --- |
| ◆低栄養保健指導への参加を希望しますか。（該当するものにチェック☑）  ※かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、あなたの検査データを保険者が医療機関から提供してもらい、医療機関と共有する必要があります。  　□　私の検査データを、保険者が医療機関（かかりつけ医）と共有することに  同意のうえ、参加を希望します。  　□　参加を希望しません。  　　※希望しない理由  　　□自己管理できているから　　□参加する時間がないから  　　□かかりつけ医の指導で十分と思うから  □かかりつけ医が参加を進めなかったから  　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◆かかりつけの医療機関があれば記入してください。  医療機関名  かかりつけ医名  医療機関所在地 |

≪愛媛県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム改訂　一部改変≫