**横手市　糖尿病・慢性腎臓病重症化予防保健指導参加同意書**

令和　　　年　　　月　　　日

横手市長　様

氏名

※氏名は必ず自著をお願いします。

住所　〒

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡の取れる電話番号・携帯等）

私は、「糖尿病・慢性腎臓病重症化予防保健指導」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。

※かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、かかりつけ医療機関名をご記入ください。

**医療機関名**

〇初回面談の実施について、下記のとおり希望します。

**１．面談の実施場所について、いずれかお選びください。**

　　□　自宅

　　□　保健センターや最寄の地域局等の面談室

**２．面談日程の調節のため電話連絡をさせていただきます。可能な時間帯全てに「〇」をしてください。**

・ご希望の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ことがありますので、ご了承ください。

|  |  |
| --- | --- |
| いつでも | 平日 |
| 午前 | 午後 |
|  |  |  |

※この事業の検査結果等の個人情報は、特定の個人が識別されることがない方法で、事業の評価

や統計・調査研究をする時に限り、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、このことについて同意できなくなった場合は、連絡してください。