

糖尿病および慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラムに基づく保健指導同意書

年 月 日

(宛 先) 秋 田 市 長

私は、「秋田市国民健康保険糖尿病および慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム」に基づく保健指導を受けることに同意します。

また、保健指導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（自 署） _____
生 年 月 日 _____ 年 月 日生
住 所 _____
電 話 番 号 _____

以下に該当することを確認のうえ、をしてください。

私は、秋田市国民健康保険の被保険者です。

※ 保健指導の実施日時・場所について

後日、秋田市特定健診課（電話 8 8 8 - 5 6 3 6）から上記電話番号にご連絡いたしますので、ご希望の日時・場所についてお知らせください。

※ この事業の検査結果等の個人情報、特定の個人が識別されない方法で、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御了承ください。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連絡してください。