

保健指導プログラム 参加報告書

記入日 年 月 日

医療保険者 様
(市町村国民健康保険担当課長 等)

氏名 _____

住所 _____

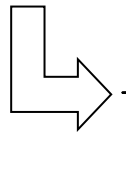
電話番号 _____

私は、かかりつけ医から保健指導プログラムへの参加について、次のとおり指示・勧奨を受けましたので報告します。

※ 次の（ ）内のいずれかに○をしてください。

- 1 () 私は、かかりつけ医から、保健指導プログラムへの参加は必要ないという指示を受けました。
- 2 () 私は、かかりつけ医から保健指導プログラムへ参加するよう勧奨がありました。

※ 2の場合、次の< >内のいずれかに○をしてください。

- 
 {
 - 2-①< >かかりつけ医からの勧奨がありましたが、私は参加を希望しません。
 - 2-②< >かかりつけ医からの勧奨があり、私は参加を希望します。

※ 2-②の場合、以下の記載をお願いします。

◆かかりつけ医を記入してください。

医療機関名 _____

かかりつけ医名 _____

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します。
※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(血清クレアチニン、尿アルブミン、尿たんぱく等)を、保険者が医療機関から提供していただく必要があります。

◆面談等の日程調整のための電話連絡が受けにくい曜日、時間帯等があれば記入してください。
()

※検査データ等の個人情報は、特定の個人が識別されない方法で統計・調査研究をするときに限り使用する場合がありますことを御了承ください。

※個人情報については取り扱いを厳重にして、第三者にこの目的以外で情報提供・開示することは一切ありません。

※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。