

《 保健指導 参加依頼・推薦書 兼 同意書 》

[医療機関 記入欄]

年 月 日

医療機関名

主治医 先生 ⑩

以下の通り、保健指導への参加を依頼・推薦します。

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)			
患者氏名		性別	男 ・ 女	保険者	協会けんぽ ・ 奈良市国保	
病名 ○をつけて ください	2型糖尿病 (網膜症: なし ・ あり ・ 未検査 神経障害: なし ・ あり ・ 不明) 高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 高尿酸血症 その他()					

※※この書類と6カ月以内の検査データ(あれば)を併せてご送付ください※※

[患者様 記入欄]

私は、以下のことに同意の上、保健指導プログラムに参加します。

- ・ このプログラムは、かかりつけ医での治療を継続しながら、保健指導を受けていただくことが条件となります。
- ・ 検査結果等の個人情報、この同意書をご提出いただいて初めて、保健指導実施機関である奈良市総合医療検査センター(メディカルなら)に提供されます。
- ・ 個人情報(年齢・性別・検査データなど)は、特定の個人が識別されない方法で、統計・調査研究をする時に限り使用する場合があります。

氏名 _____ (氏名は自署をお願いいたします)

〒

住所 _____

※ 事前検査の日程調整についてお電話をおかけしますので、連絡のつきやすいご連絡先と時間帯をご記入ください。

電話番号 _____ (自宅 ・ 勤務先)

携帯番号 _____

いつでもよい

希望あり [_____]

例) 火曜日希望、夕方がよい など

※できるだけ8時30分～17時の間をお願いします。(土曜午後・日・祝日を除く)

同意書の控えを後日、患者様に郵送いたします

問合せ : 奈良市健康医療部 医療政策課 TEL 0742-93-8392
 全国健康保険協会 奈良支部 保健グループ TEL 0742-30-3706