

【返送期限：10月17日】

参加意向確認書

患者様記入欄

記入した日	年 月 日
お名前（自署） ※不参加の場合もご記入ください	
ご生年月日	年 月 日
文書送付先のご住所	〒574- 大東市
平日・日中のご連絡先	() ※携帯可
連絡可能時間帯 (9:00~18:00の間)	下記時間帯以外にもお電話をさせて頂くことができます。 : ~ :

☐参加を希望します

【確認事項】

☐「個人情報の取扱いについて」を読み、同意しました。

この用紙と「かかりつけ医様へのご案内」、
返信用封筒をかかりつけ医にお渡しいただき、
生活指導確認書（下記・裏面）の記入・返送を
かかりつけ医に依頼してください。

☐参加しません

【理由】

- ☐自己管理出来ているから
☐参加する時間がないから
☐参加対象外だったから
☐その他

ご記入は以上です。同封の
返信用封筒にてご返送くだ
さい。

生活指導確認書

かかりつけ医様記入欄

プログラム実施期間の生活指導は本書の内容を基に行ってまいります。

※定員に達した場合、プログラムへご参加いただけません。

（参加・不参加の結果は、患者様にご連絡するとともに、文書料請求書送付時にかかりつけ医様にもお知らせします。）

※プログラム実施期間中はかかりつけ医様宛に下記の住所へ毎月1回指導報告書を送付いたします。

1 医療機関名とかかりつけ医名のご記入をお願いいたします。

記入日 西暦 年 月 日

医療機関名 _____ かかりつけ医名 _____ 先生

医療機関 電話番号 _____

医療機関 住所 (〒 -)

【医療機関のスタンプ押印欄】

※医療機関名、かかりつけ医名、
医療機関住所のスタンプをお持ち
でしたら右の空欄をご利用ください。

2 病名について、該当する病名に○をお願いいたします。

・2型糖尿病 ・糖尿病性腎症(ステージ) ※ステージ5の場合対象外となり、ご参加いただけません ・糖尿病網膜症 ・末梢神経障害 ・高血圧 ・脂質異常症 ・虚血性心疾患 ・その他()	
3 生活指導の内容についてご指示ください。 診療ガイドラインどおりであれば、次のいずれかに○をお願いいたします。	
・糖尿病診療ガイドライン(または糖尿病治療ガイド) ・CKDガイドライン ・その他()	
4 (診療ガイドライン以外の指導内容の場合のみ) 生活指導について、特に指示があればご記入をお願いいたします。	
目標値	体重 ()kg を目標とする
	HbA1c (NGSP) (~) % 以下を目標とする
	血圧 (~) mmHg 以下を目標とする
	その他、検査値など
運動	運動制限 有 ・ 無
食事目標	1日摂取カロリー () kcal
	1日塩分量 () g
	タンパク質量 () g ※ 糖尿病性腎症の場合
5 生活指導に関して特に注意事項等がございましたら、ご指示をお願いいたします。	

ありがとうございました。お手数をお掛けしますが、返信用封筒にてご返送をお願いいたします。

■保険者■
大東市 保険年金課 TEL：072-872-2181
国民健康保険・・・給付・庶務グループ（内線 3151～3153）
後期高齢者医療保険・・・後期高齢グループ（内線 3143～3144）

■プログラム実施会社（保健指導に関するお問い合わせ先）■
株式会社データホライゾン 健康管理部 大阪事務所
TEL：06-4395-5736

※後日、生活指導確認書の文書作成料の請求書をかかりつけ医様宛てにお送りいたします。
必要事項を記載の上、ご返送いただいた後、上記実施会社よりお振込みさせていただきます。
※プログラム詳細につきましては、令和 6 年 9 月 25 日付大東保第 3037 号「令和 6 年度糖尿病性腎症重症化予防事業の実施にかかるご協力について（依頼）」をご参照ください。