**参考様式３**

治療中の患者のうち、保険者等団体の基準で保健指導が必要であると判断した場合に、

保健指導を実施することを患者が了承した場合に利用

保健指導　同意書

（保険者等名）　殿

私は、糖尿病重症化予防に係る保健指導について、次の説明を受け、○○による保健指導に参加することに同意します。

１　糖尿病治療に係る指示は、かかりつけ医に従うこと

２　保健指導の期間は、概ね○ヶ月程度であり、保健指導に関係する診療情報等は、必要に応じて○○とかかりつけ医は、情報共有をすること

３　○○は、かかりつけ医の指示のもと生活習慣の改善に向けた保健指導を行うこと

　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　年　　月　　日

ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　 　氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　 　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　 　電 話

　　　　　　　　　　　　　 　かかりつけ医療機関