

令和 年 月 日

日南市 保健指導・栄養指導 同意書

日南市 健康増進課長 殿

※太枠内は本人記載

ふ 氏	り	が	な 名				
生	年	月	日	昭 和	年	月	日 生
電 話 番 号				☐ 自 宅	—	—	
				☐ 携 帯	—	—	
医 療 機 関							
担 当 医 名							

私は、次の説明を受け、日南市が実施する糖尿病重症化予防等を目的とした、保健指導、栄養指導を利用することに同意します。

- ☐ 日南市が実施する保健指導、栄養指導はかかりつけ医の指示に基づきます。
- ☐ 適切な保健指導を利用するために、必要な私の情報（診療情報や特定健診結果、生活情報等）を、かかりつけ医と日南市健康増進課が共有します。
- ☐ 糖尿病治療に係る指示は、かかりつけ医に従うことを原則としています。

※作成要件：治療中の患者のうち、「かかりつけ医が日南市の基準で、保健指導が必要であると判断し」かつ「患者が保健指導、栄養指導を受けることを了承した場合」に本同意書を作成。

※提出方法：様式 1（指示書）と併せて、「郵送」もしくは「本人」を通じて「日南市健康増進課」へ