様式１

# 糖尿病重症化予防保健指導同意書

令和　　年　　月　　日

（宛先）　秋田市長

私は、糖尿病重症化予防保健指導を受けることに同意します。

また、保健指導に必要となる検査データや面談で話した個人的な情報などを、医療機関と共有することについても同意します。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※氏名は必ず自署をお願いします。

〒　　－

住所　秋田市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※日中連絡が可能な番号を記入してください。

【面接の実施について】

１　実施場所についていずれかに〇をしてください。

自宅　　市役所　　その他（　　）

２　実施時間について

・事前に電話で日程調整します。
・希望の時間帯に出来ない場合があることをご了承ください。
・保健指導は３０分程度の予定です。