（様式１）

**糖尿病性腎症透析予防強化プログラムへの参加のお願い**

**（医療機関名）**

　このプログラムは、これまでどおり主治医による治療を継続するとともに、日常生活での困りごとや気がかりなことを相談しやすい環境を整え、糖尿病と上手く付き合いながらあなたらしい生活を長く送っていただけるように、健康保険者の保健師や管理栄養士等もあなたの治療（薬物療法、生活指導）に共に関わらせていただくものです。

　つきましては、あなたの腎臓の治療に、医療機関と健康保険者の保健師や管理栄養士が共に関わること、また、そのために必要な治療内容等についての情報共有を行うことについて、ご了承いただきますようお願いいたします。

また、プログラム利用について同意されなくても、治療内容には一切影響せず、あなたの不利益となることはありません。一旦同意されても、途中で同意を取り消すことも可能です。

**同　意　書**

**管理者　様**

　　私は、上記の内容を理解し、糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを利用します。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　住所

　　　　氏名（自署）