山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防

別紙７

連　　絡　　票

年　　月　　日

主　　治　　医　　　様

　　　　　　　　　　医療保険者名

　（医療保険者名）では、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム」に沿い、糖尿病及び慢性腎臓病重症化の予防に取り組んでいます。

　つきましては、下記の方が（医療保険者名）による保健指導を希望されておりますので、保健指導にあたって主治医からの指示をいただきたいと思います。本人の了解を得ておりますので、別添の様式（別紙４）にご記入いただき、同封の封筒でご返送くださいますようお願いいたします。

「山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム」は山形県医師会、山形県糖尿病対策推進会議及び山形県保険者協議会並びに山形県の４者連名で作成しているものですので、本取組みへの御協力をお願いいたします。

　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日

電話番号