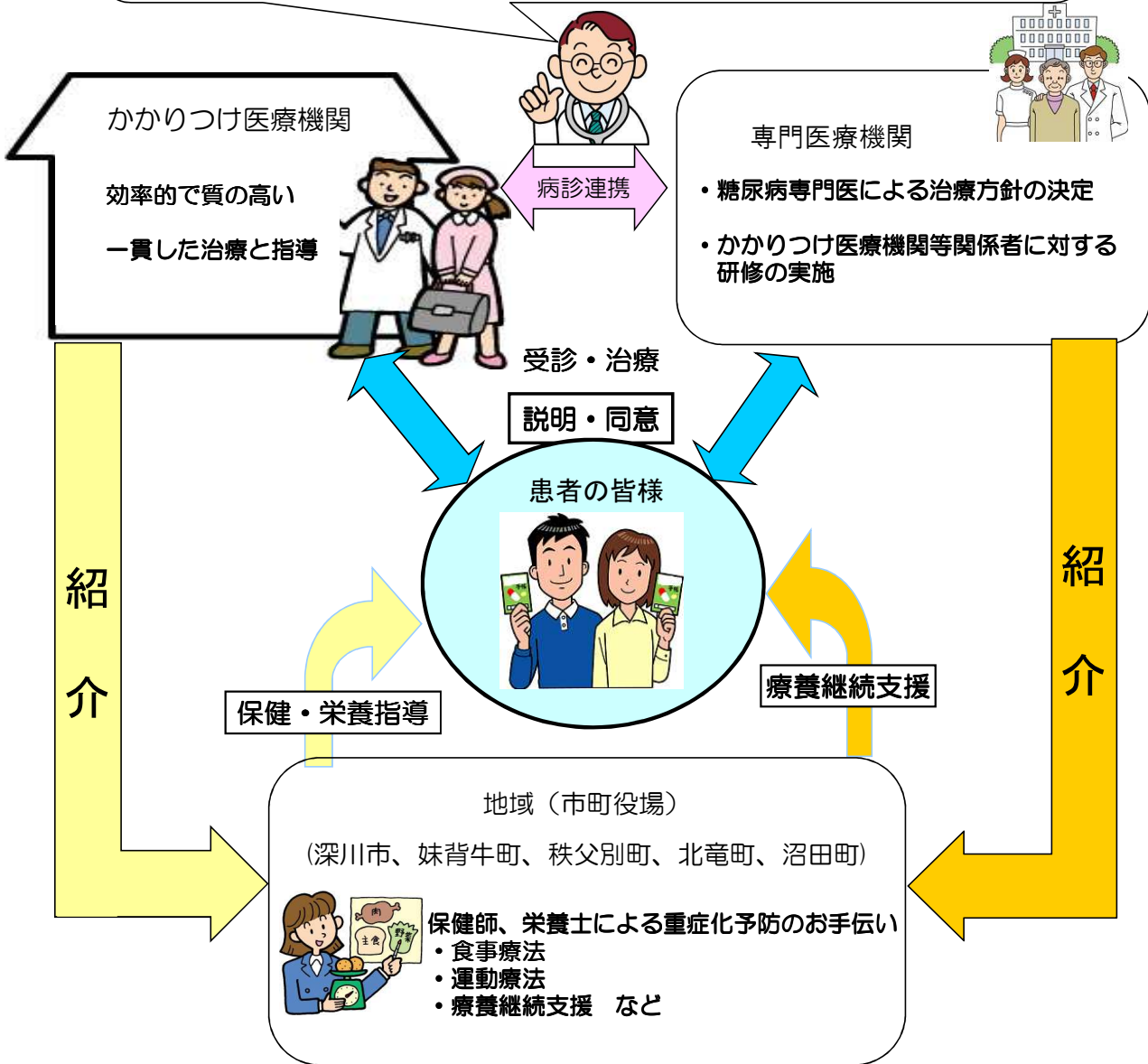


# 「北空知糖尿病療養連携システム」

～糖尿病と診断されたら 地域でサポートします～

糖尿病は、生活習慣病です。  
適切な治療と栄養・運動など生活習慣の改善で重症化を予防できます。

糖尿病専門医、かかりつけ医、市町が協力して、栄養・運動指導や療養継続のお手伝いをします。



深川保健所（空知総合振興局保健増進部深川地域保健室）  
・北空知糖尿病療養連携システムの事務局を担当します。  
・このシステムに関する質問等を受け付けます。

● 情報を共有する機関：別紙「参加関係機関一覧」のとおり（参加医療機関については順次拡充を図ります。）

# 北空知糖尿病療養連携システムに参加すると？

## (システムの説明)

- 北空知糖尿病療養連携システムは、かかりつけの医療機関と糖尿病専門医療機関及びお住まいの地域の保健師・栄養士等の保健スタッフが連携して、個別の食事療法や運動療法等をサポートします。また、万一かかりつけ医療機関に定期受診できなくなった場合にも、療養継続のお手伝いをいたします。

## (療養継続の必要性)

- 糖尿病患者が良い療養生活を送るためには、糖尿病を早期に発見し、適切な管理・治療(血糖コントロールの維持、合併症の予防、服薬など)を継続することが重要です。糖尿病合併症の発症予防には、生涯を通じての療養継続が必要であり、受診の中断は、治療過程で最も「病気を悪くする可能性」につながります。

## (個人情報の管理)

- このシステムでは、患者の皆様の氏名、生年月日等の個人情報及び投薬・検査等の医療情報を、かかりつけ医療機関と糖尿病専門医療機関及び地域の保健スタッフが共有することになりますが、この医療情報・個人情報はすべて安全に管理され、個人情報を公表したり、患者の皆様の許可なく他の目的に使用することは一切ありません。

## (同意の説明)

- この同意は、いつでも撤回でき、同意をいただけない場合や、同意後に撤回された場合でも、提供させていただく医療・介護・福祉サービスに何ら不利益を生じることはありません。

## 北空知糖尿病療養連携システム 参加関係機関一覧

26.09.30現在

医療機関					
名称	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所	備考
深川市立病院	0164-22-1101	0164-23-2712	074-0006	深川市6条6番1号	
深川第一病院	0164-23-3511	0164-22-7176	074-0031	深川市あけぼの町1番1号	
成田医院	0164-23-5566	0164-23-5567	074-0003	深川市3条16番16号	
たかはし内科消化器内科	0164-22-2022	0164-22-7789	074-0004	深川市4条9番18号	
深川内科クリニック	0164-23-5511	0164-23-5514	074-0005	深川市5条2番14号	
妹背牛診療所	0164-32-2475	0164-32-2474	079-0506	妹背牛町字妹背牛361番地22	
北竜町立診療所	0164-34-2331	0164-34-3533	078-2512	北竜町字和19番地6	
JA北海道厚生連沼田厚生クリニック	0164-35-2321	0164-35-2387	078-2202	沼田町南1条3丁目7番2号	

市町役場					
名称	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所	備考
深川市役所	0164-26-2609	0164-22-8134	074-8650	深川市2条17番17号	
妹背牛町役場	0164-32-2411	0164-32-9037	079-0592	妹背牛町字妹背牛5200番地	
秩父別町役場	0164-33-2111	0164-33-3466	078-2192	秩父別町4101番地	
北竜町役場	0164-34-2111	0164-34-3766	078-2512	北竜町字和11番地の1	
沼田町役場	0164-35-2120	0164-36-2005	078-2202	沼田町南1条3丁目6番53号	

事務局					
名称	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所	備考
北海道空知総合振興局保健環境部 深川地域保健室 (北海道深川保健所)	0164-22-1421	0164-22-1479	074-0002	深川市2条18番6号	

# 同意書

記載例

私は、北空知糖尿病療養連携システム参加説明書の内容について説明を受け、北空知糖尿病療養連携システムへの参加に同意します。

平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

患者氏名 北 海 太 郎 ⑩ (自署の場合、捺印は不要)

署名だけで OK です。

代理人氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ (自署の場合、捺印は不要)

(本人との続柄: \_\_\_\_\_ )

ご自分で署名できないときは  
ご家族等の署名でも OK です。

## ■同意する項目 ( □に○印を付けてください。 )

<input type="checkbox"/>	糖尿病専門医療機関への紹介
<input checked="" type="checkbox"/>	食事・運動療法等のための地域保健スタッフの紹介
<input checked="" type="checkbox"/>	治療が途切れてしまった場合の療養継続支援

全部に○を付けても、一部にだけ○を付けても OK です。

医療機関名 ○○クリニック

説明を行った医師 (自署) 院長 健康 まもる

この同意書は、かかりつけ医の先生がお預かりして、地域の保健師さんや栄養士さんに紹介するときこの同意書の「写し」を使います。