

様式3

*注：様式10 医療機関リストは事業開始1ヶ月後を目途に別途送付する。それ以降に登録した場合は様式3とともに送付する。

平成25年 月 日

参加医療機関の長 様

北海道健康安全局地域保健課
がん対策等担当課長

旭川地区糖尿病地域連携クリティカルパス参加登録について

この度は、糖尿病地域連携クリティカルパスに御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、先日、御提出いただいた申出書に基づき、参加登録を完了しましたので御報告しますとともに、関係書類をお送りしますので、運用を開始していただきますようお願いいたします。

なお、今後、会議の御案内や登録の状況をお尋ねする際は、事務担当者様あてに御連絡させていただきますので、どうぞよろしくお願いたします。

(連絡事項)

1 各医療機関送付内容

- | | |
|----------------------------|----------|
| ① 送付文 | ：様式3 |
| ② 医療機関No. | ：様式4 |
| ③ 同意説明書、同意書 | ：説明書、様式5 |
| ④ 患者リスト用紙 | ：様式6 |
| ⑤ アウトカム用紙（糖尿病専門医のみ） | ：様式7 |
| ⑥ 紹介状・診療情報提供書（専門医あて） | ：様式8 |
| ⑦ 同上（かかりつけ医あて） | ：様式9 |
| ⑧ 医療機関リスト [公表用] | ：様式10 |
| ⑨ 糖尿病連携手帳用シール：2シート（16枚×2） | ：添付のとおり |
| ⑩ 旭川地区糖尿病連携パス運用の手引き | ：添付のとおり |
| ⑪ 糖尿病連携手帳協賛企業一覧（日本糖尿病協会発行） | ：添付のとおり |

2 御不明の点等がございましたら、下記連絡先まで、メール等で御連絡をお願いします。

<連絡先>

がん対策・健康づくりグループ 担当 深津

TEL 011 (231) 4111 内線25-531

FAX 011 (232) 2013

e-mail : fukatsu.konomi@pref.hokkaido.lg.jp