

全国健康保険協会管掌健康保険
糖尿病性腎症患者の重症化予防事業保健指導業務実施計画書

機関名（ ）

平成 年 月 日

1. 実施機関の施設概要

項目	記載内容
事業者名	
所在地	郵便番号 — 岡山県
責任者名等	責任者の職名 () 氏名 ()
	担当者氏名 :
電話番号	(— —) FAX (— —)
設立年月日	年 月 日

2. 運営に関する情報 (協会けんぽの被保険者に対する糖尿病性腎症患者の重症化予防事業に関して記入してください。)

糖尿病性腎症患者の重症化予防事業実施場所	<input type="checkbox"/> 自機関内 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	実施曜日	午前	午後	夜間
糖尿病性腎症患者の重症化予防事業実施予定日 (協会けんぽの被保険者に対する糖尿病性腎症患者の重症化予防事業を実施する曜日にチェックし、具体的な実施時間帯を記入してください)	<input type="checkbox"/> 月			
	<input type="checkbox"/> 火			
	<input type="checkbox"/> 水			
	<input type="checkbox"/> 木			
	<input type="checkbox"/> 金			
	<input type="checkbox"/> 土			
	<input type="checkbox"/> 日			
	<input type="checkbox"/> 祝			
本事業保健指導業務実施可能件数	<input type="checkbox"/> 年間 (件) 月あたり (件) <input type="checkbox"/> 特に上限なし			

4. 糖尿病性腎症患者の重症化予防事業従事者が平成28年度受講した研修について

(国や地方公共団体、日本医師会、日本看護協会等が開催したもの)

項目	時期	研修日数	研修内容