

糖尿病医療連携体制を担う医療機関辞退届

年 月 日

鹿児島保健医療圏地域保健医療協議会
鹿児島市部会長 殿

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号
(記入者氏名)

糖尿病医療連携を担う医療機関を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

1 辞退する医療機能（辞退する施設区分に「×」印をつけてください）

	施設区分	目 標 等
	かかりつけ医（連携医）	● 糖尿病に関するプライマリーケアの実施
	糖尿病専門施設	● 治療方針に関するコンサルトや専門的指導・治療の実施
	慢性合併症専門施設	● 慢性合併症の治療 ● 慢性合併症に対する早期診断と専門的治療の実施
	急性増悪期対応施設	● 糖尿病の急性合併症の治療 ● 入院治療を要する重篤な合併症治療

2 辞退理由

[]