

(様式2) : 更新要件を満たさない方・更新を希望しない方

※ご本人確認のためご記入ください

記入日：令和 5 年 月 日

認定番号	
ふりがな 氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
職種	
所属施設名	

(ご記入いただいた個人情報は岡山県糖尿病医療連携推進事業のみに使用します)

※アンケートにご協力ください

①糖尿病サポーター認定後、習得した知識を臨床の場で役立てることができましたか。

・できた方（具体的な内容を以下からお選びください。複数回答可）

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1. 糖尿病の病態・症状・検査データ等の説明 | 2. インスリン・血糖自己測定の指導 |
| 3. 服薬に関する指導やアドバイス | 4. 食事療法に関する指導やアドバイス |
| 5. 運動療法に関する指導やアドバイス | 6. 低血糖に関する指導やアドバイス |
| 7. シックデイに関する指導やアドバイス | |
| 8. その他（ | ） |

・できなかった方（差し支えの無い範囲でお答えください。複数回答可）

- | | | |
|---------------|----------------|----------|
| 1. 指導の機会がなかった | 2. 指導する自信がなかった | 3. 多忙のため |
| 4. その他（ | | ） |

②更新しない理由やご意見等ありましたらご記入ください。

--

ご記入ありがとうございました