**모범당뇨인상 추천 안내**

안녕하십니까? 대한당뇨병학회입니다.

항상 당뇨병 극복을 위한 진료와 연구에 앞장서서 많은 노력과 열정을 기울이고 계신 회원 여러분들께 존경과 경의를 표합니다.

대한당뇨병학회는 오랜 기간 당뇨병을 잘 관리하고 있는 환자들을 선정하여 다른 환자들의 모범이 되고, 일반 대중들의 당뇨병과 당뇨병 환자에 대한 인식 개선에 중요한 역할을 하고 있음을 격려하고자 2018년 ‘모범당뇨인상’을 제정하였습니다.

당뇨병 극복에 있어 모범적인 환자의 사례가 얼마나 중요한지에 대해서는 회원분들도 모두 공감하실 것입니다. 미국, 영국 및 호주 등 해외에서도 이와 같은 프로그램을 운영하고 있습니다. 올해로 8회째를 맞는 ‘모범당뇨인상’ 시상이 지속되어 학회의 전통적인 프로그램이 되기를 바랍니다.

진료 현장에서 환자 본인은 물론 가족들의 노력으로 당뇨병을 잘 관리해 오고 있는 모범적인 환자를 적극적으로 추천해 주시기 바랍니다. 연령이나 당뇨병 유병기간의 제한은 없습니다.

많은 관심과 참여를 부탁드립니다.

* **추천대상: 1형 또는 2형당뇨병 환자로 모범적으로 당뇨병을 관리 중인 분**
* **추천방법: 별첨 추천서 양식 작성하여 환자의 수기와 함께 이메일 제출**

**-이메일:** [**diabetes@kams.or.kr**](mailto:diabetes@kams.or.kr)

* **접수마감: 2025년 9월 30일 (화요일)**
* **선정발표: 2025년 10월 17일 (금요일)**
* **선정인원: 2형당뇨병환자 3명, 1형당뇨병환자 3명**
* **시상내역: 상장 및 소정의 상금**
* **선정기준: 추천서의 추천사유 및 환자가 작성한 수기를 기준으로 선정 예정**
* **시상식: 2025년 11월 13일(목), 세계당뇨병의 날 기념식 현장에서 시상 예정**

**대한당뇨병학회 회 장 안 규 정**

**이사장 차 봉 수**

**모범당뇨인상 추천서**

‘세계당뇨병의 날’을 맞아 모범적으로 당뇨병을 잘 관리하고 있는 환자들을 선정하여 ‘모범당뇨인상’을 시상하고 있습니다. 아래 추천서 양식을 작성하여 제출해 주십시오.

* 추천대상: 1형 또는 2형당뇨병 환자

\*\* 연령과 당뇨병 유병기간의 제한은 없으며, 동반질환이나 당뇨병합병증이 있어도 추천이 가능합니다.

\*\* 추천인 중 선정된 환자는 세계당뇨병의 날 기념식에 초청되어 상장 및 소정의 상금을 받게 되며, 가능한 시상식 현장 참석을 요청드립니다.

시상식 관련 자세한 내용은 수상자 선정 이후 학회에서 개별 안내 예정입니다.

\*\* 문의사항 및 추천서 접수 (이메일: [diabetes@kams.or.kr](mailto:diabetes@kams.or.kr) 전화: 02-714-9081)

|  |
| --- |
| 개인정보 수집∙이용을 위해 『개인정보 보호법』 제15조, 제22조에 따라 귀하의 동의를 받고자 합니다.  **■ 개인정보 수집 및 이용 동의**  1. 개인정보의 수집 및 이용 목적: 모범당뇨인상 수상 진행을 위한 자료  2. 수집하는 개인정보의 필수항목  - 이름, 생년월일, 연락처, 당뇨병의 유형, 진단시기, 최근 당화혈색소 수치, 추천사유, 주치의 등  3. 개인정보의 보유 및 이용 기간: 행사 종료 후 파기  4. 귀하는 개인정보 수집 및 이용에 동의하지 않을 수 있습니다. 다만 이에 동의하지 않는 경우 행사의 진행 불가로 수상이 취소될 수 있습니다.  **※ 위와 같은 개인정보를 수집 및 이용하는데 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **환자정보** | 이름 |  | 생년월일 | |  |
| 연락처 | (휴대폰) (이메일) | | | |
| 당뇨병 유형 | 1형당뇨병 ( ) 2형당뇨병 ( ) | | | |
| 진단시기  (혹은 유병기간) |  | | | |
| 최근 당화혈색소 |  | | | |
| 추천사유 | **환자의 현재 상태 및 추천 사유(환자와 그 가족의 노력, 특별한 사연 등)에 대해 자유롭게 작성해 주십시오.**  **본 추천사유에 기재해주신 내용도 선정여부에 반영될 예정이오니 특히 추천 사유를 구체적으로 기술해 주시길 부탁드립니다.** | | | |
| **주치의** | 이름 |  | 병원명 |  | |
| 병원 연락처 |  | | | |
| **지회** | 강원 ( ) 경인 ( ) 충청 ( ) 호남 ( )  대구∙경북 ( ) 부산∙울산∙경남 ( ) 제주 ( ) 본회(서울) ( ) | | | | |

|  |
| --- |
| **당뇨병 관리 수기 (환자 본인 작성)** |
| **3,000자 이내로 수기를 작성해주시기 바랍니다.**  **<이런 이야기를 담아주세요> - 당뇨병 발병을 진단받았던 당시 상황 - 치료 과정에서 깨달았던 건강의 소중함 - 다른 환자 혹은 질환 위험에 노출된 사람들을 위한 조언 등**  **(당뇨병 극복을 위한 나의 노력을 구체적으로 알려주시면 더 좋습니다.)** |