

# 糖尿病教育入院等申込書・情報提供書

県立十日町病院地域医療連携室 行

FAX送信日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

FAX 025-757-5699 (直通)

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

希望日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_曜日 (入院の場合は10日前後先の予約となります。)

フリガナ				性別	
患者氏名				男・女	
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	歳
現住所					
電話番号	( )	—			

紹介目的	<input type="checkbox"/> 強化教育入院 (2~4週間) <input type="checkbox"/> 体験入院 (1週間) 糖尿病教室 (外来)				
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ① (糖尿病一般、食事など) 毎火曜 15:00~17:00 <input type="checkbox"/> 糖尿病 ② (糖尿病一般、運動など) 毎木曜 13:30~15:30 <input type="checkbox"/> 栄養指導				
	診断名	糖尿病 ( <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 境界型 <input type="checkbox"/> 不明 )			
	最近の検査数値	血糖 _____ mg/dl (____年____月____日)			
	早朝 空腹時・随時	HbA1c _____ % (____年____月____日)			
糖尿病の家族歴	あり・なし	高血圧症	あり・なし	高脂血症	あり・なし
指示カロリー (有・無)	_____ kcal		身長	_____ cm	
				体重	_____ kg
コメント (内服薬など)					

※後日、予約案内票をFAXにて返送いたしますので、患者様へ御渡し下さい。

※来院の際は、この用紙のコピーと予約案内票を添えてお申し付け下さい。

また、**保険証** **お薬手帳** を忘れずにお持ち下さいますようお願いいたします。