

東海大学東京病院糖尿病診療・検査関連申込書

東海大学医学部付属東京病院 行

医療機関名

電話/Fax 番号

住所

医師名

・下記ご記入の上、当院医療連携室へ FAX (03 - 3379 - 1287) してください。

※ご希望のコースどちらかにチェックをしてください。

1日コース

合併症検査2泊3日入院

申込日： 年 月 日

患者氏名(フリガナ) 生年月日 年 月 日

住所：〒

電話番号/携帯番号：

当院 ID(お持ちの方)：

【患者情報】 ※わかる範囲内で結構です。

■糖尿病発症時期 歳頃

■検査結果(月 日) 血糖： mg/dl (随時 or 空腹時)、

HbA1c： %

■合併症の有無

1. 神経障害 有 ・ 無 ・ 不明
2. 網膜症 有(右、左) ・ 無 ・ 不明
3. 腎障害 有(腎症 期) ・ 無 ・ 不明
4. その他の合併症

■治療内容 (処方など、その他何かありましたらご記入お願いします。)

・第一希望日 月 日 ・第二希望日 月 日

● 受診日が決定しましたら折り返し担当医からご連絡いたします。