***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。**