**大阪市立十三市民病院　糖尿病教室予約申込書・確認書（FAX用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貴医療機関  医療機関名  所在地  TEL  FAX  医師名  　　　　　　　　　　　　　　　　先生 | ⇔ | 大阪市立十三市民病院  地域医療連携室  TEL(06)6150-8067（直通）  FAX(06)6150-8686（専用） |

（ＩＤ番号：　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 診療希望日 | 1回目：　　月　　日（　　）１４時～  2回目：　　月　　日（　　）１４時～ |

※患者さまには予約時間の15分前に1階初診受付にお越しいただきますようお伝えください。

**患者さまの情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 過去に十三市民病院にかかったことが　　ある　／　ない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | 男  ・  女 | | | 生年月日 | | | | 明・大・昭・平  年　　月　　日 | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒  電話　　　　　　(　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険証 | 保険者番号 | | | | | | | | | | | 継 | 記　号 | | | | | | 番　号 | | | | | | 本人･家族 | 有効期限 |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | | | | | |  | | | | | | 本・家 |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | | | | | |  | | | | | | 本・家 |  |
| 医療証  受給者証 | | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | 公費負担受給者番号 | | | | | | | | | | | | | 有効期限 | 一部負担助成 |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | |  | 有・無 |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | |  | 有・無 |
| 病 名 | | 2型糖尿病　　高血圧　　高脂血症　　高尿酸血症  その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HbA1C | | （　　　％） | | | | | 治療 | | | □食事療法のみ　□経口糖尿病薬　□インスリン | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身 長 | | （　　　　　　cm） | | | | | | | | | | 体重 | | | | （　　　　　　kg） | | | | | | | | | | | |
| 栄 養 | | □指示カロリー　（　　　　　　　kcal）  □蛋白質（蛋白制限食の場合）（　　　　g/日）　　□塩分（　　　　g）  □おまかせ（当科にて検討いたします） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |