

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願いください。

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
氏名										年 月 日	
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	
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
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)										