

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)
 FAX 送信先：地域医療連携室 (06) 6150-8686

貴医療機関

医療機関名
 所在地
 TEL
 FAX
 医師名
 担当科



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

過去に大阪市立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・令			
氏名				年 月 日			
住所	〒 _____		電話 ()				
保険証	保険者番号		枝番	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	<input type="checkbox"/> 食事療法のみ <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> インスリン				
身長	(cm)		体重	(kg)			
栄養	<input type="checkbox"/> 指示カロリー (kcal)						
	<input type="checkbox"/> 蛋白質 (蛋白制限食の場合) (g/日)			<input type="checkbox"/> 塩分 (g)			
	<input type="checkbox"/> おまかせ (当科にて検討いたします)						