**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**

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）

貴医療機関

医療機関名

所在地

ＴＥＬ

ＦＡＸ

医師名

担当科

⇔

**（　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・令年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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） |