

済生会横浜市東部病院

糖尿病合併症検査申込書

太枠内すべて記入し FAX 送信下さいますようお願いいたします。

本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約日時に2階糖尿病内分泌センター受付にご提出いただきますようお願い下さい。

予約日時 月 日 9:00

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴 無 有 不明

ID

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	電話番号 自宅 その他連絡先
住所	〒	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 公費12 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> その他()	
(該当項目をチェック☑して下さい) 病名		
<input type="checkbox"/> 糖尿病 { <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 } 年 <input type="checkbox"/> 糖尿病歴 <input type="checkbox"/> 高血圧 { <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - } <input type="checkbox"/> 高脂血症 { <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - } <input type="checkbox"/> その他疾患 ()		
現在の処方・その他		
*薬物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒(詳細) ()		

*こちらの申込書はホームページよりダウンロードしてもご利用いただけます。