

糖尿病合併症検査申込書

\*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

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、予約日時に画像診断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

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

当院受診歴  無  有  不明

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
負担割合	割	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族
有効期限	年 月 日	有効期限	年 月 日
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

(該当項目をチェック  して下さい) 病 名

糖尿病  1型  2型  年  糖尿病歴  高血圧  +  -  高脂血症  +  -  その他疾患 ( )

患者さんの状況を教えてください

・口渇  なし  あり ・しびれ感  なし  あり ・飲酒  なし  あり  
 ・多尿  なし  あり ・歩行時の下肢痛  なし  あり (頻度: / 日)  
 ・多飲  なし  あり ・労作時の胸痛  なし  あり ・喫煙  なし  あり  
 ・体重減少  なし  あり ・網膜症  なし  あり (頻度: / 日)  
 ・その他 自覚症状などありましたらご記入ください ( )

現在の処方・その他

\*薬物アレルギー  なし  あり⇒(詳細 )

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----