

盛岡赤十字病院 糖尿病週末食事体験入院申込書

第1希望日：令和 年 月 日（ ）～ 月 日（日）													
第2希望日：令和 年 月 日（ ）～ 月 日（日）													
盛岡赤十字病院の受診歴			<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 年頃）										
（ふりがな） 患者氏名		（姓）				（名）				性別		男 女	
生年月日		明・大・昭・ 平・令		年		月		日		年齢		才	
住 所		〒				電話番号（ ）							
身長：_____cm		体重：_____Kg		血圧：_____ / _____mmHg		HbA1c：_____%						血糖値：_____mg/dL（随時・空腹時）	
糖尿病薬物療法：無・有													
食事カロリー：_____Kcal 塩分：_____g 蛋白制限：無・有（ _____g）													
運動制限：無・有（ _____）													
オプション希望の場合は、チェックしてください													
<input type="checkbox"/> 同伴者の食事提供（1食につき600円・税込み） 患者本人と同伴者との関係（ _____）													
<input type="checkbox"/> 腹部CTによる内臓肥満測定（2泊3日コースのみ 3,240円・税込み）													

保険情報（保険証のコピーまたは貴院のカルテ表紙のコピーをFAXしていただいても結構です）

県・市町村単独事業、互助会		公費受診番号		保険者番号	
乳(乳6)・妊(妊7)・重(重8)		公費受給者番号		記号・番号	
市町村互・退教互		老人保健・高齢者等負担割合		割 本人家族別 本人・家族	
労災（通勤災害）・交通事故・その他（ _____）				被保険者名	
資格取得年月日		有効期限		続柄	

紹介元医療機関の所在地 〒 _____	
名 称 _____	
紹介医師名 _____先生	
電話番号： _____（ ） FAX： _____（ ）	

※FAXの受付時間は、平日の8時30分～17時です。16時30分以降の申し込みは、電話連絡も併せてお願い致します。

※時間外・休日のご紹介は、お電話にて救急外来までご連絡をお願い致します。（019-637-3111：内線449）

盛岡赤十字病院 [地域医療連携室] 〒020-8560 盛岡市三本柳6地割6番地1

TEL. 019-637-3312(直通)

FAX. 019-637-3313(専用)