年　　月　　日

|  |
| --- |
| 第1希望日：　　　　年　　　　　月　　　　日（　）～　　　　月　　　　日（日）　第2希望日：　　　　年　　　　　月　　　　日（　）～　　　　月　　　　日（日）　 |
| 盛岡赤十字病院の受診歴 | □不明　　□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　年頃） |
| （ふりがな）患者氏名 |  |  | 性別 | 男女 |
| (姓) | (名) |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 年齢 | 才 |
| 住　　所 | 〒 | 電話番号　　　　　　（　　　　　　） |
|  |
| 身長：　　　　　　　cm　　　　 　体重：　　　　　　　Kg　　　　　　血圧：　　　　　/　　　　　mmHgHbA1c：　　　　　　　％　　　　　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[ ] 　同伴者の食事提供（1食につき610円・税込み）　患者本人と同伴者との関係（　　　　　　　　　　）[ ] 　腹部CTによる内臓肥満測定（2泊3日コースのみ　3,300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：　　　　　（　　　　　） |

**盛岡赤十字病院　糖尿病週末食事体験入院申込書**

※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）

〒020-8650

盛岡市三本柳６地割６番地1

盛岡赤十字病院　[地域医療連携室]

TEL.　019-637-3312（直通）

FAX.　019-637-3313

※医療連携室あてFAXの受付時間は、平日9時～17時です。

※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496）