

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： 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			<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		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610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 3,300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	(_____)

※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)