

名古屋市立大学病院 グループ指導 予約申込票

FAX : 052-858-7130 TEL : 052-858-7131  
お申し込み受付時間 : 平日8 : 30~17 : 00 土曜日8 : 30~12 : 30

令和 年 月 日

紹介元医療機関名  
所在地  
担当医名  
電話番号  
FAX番号

※注意点

- ・患者さんの病状等によりお受けしない場合や、次回以降までお待ちいただく場合があります。
- ・患者さんにご負担いただく料金は、糖尿病・腎臓病ともに1クールあたり約3,000円です。(3割負担の場合)
- ・紹介状(当院様式のもの)は紹介患者さん受講前にFAXで送信してください。
- ・日本語での開催となります。日本語不可の場合はご参加をお断りさせていただく場合があります。

該当するものに✓してください。

(患者さんが下記の対象者に該当していることをご確認ください。)

糖尿病(対象者:1型及び2型糖尿病で腎臓の合併症のない方)  
全4回 時間:15:00~16:30

腎臓病(対象者:腎不全、糖尿病性腎症の方(透析導入者を除く))  
全4回 時間:13:00~14:30

受講開始希望月		第1希望	初回	令和	年	月	開始
<small>(糖尿病:1月、5月、9月) (腎臓病:3月、7月、11月)</small>		第2希望	初回	令和	年	月	開始
患 者 さ ん	氏名等	フリガナ( )		貴院のID ( )		性別 男・女	
	氏名:	氏名		様			
	生年月日	西暦	年	月	日生	(歳)	
	電話	( )	—	(呼出 様方)			
	住所	〒					
外国籍の方	日本の公的医療保険: <input type="checkbox"/> 加入 <u>未加入の方は医療ツーリズムを通してご受診ください</u> 日本語: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						

\*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID No.	予約登録		予約票等送付		紹介患者登録・アクセス権	
--------	------	--	--------	--	--------------	--