

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8：30～19：00 土曜日8：30～12：30

平成 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

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	平成	年	月	開始
(糖尿病：1月、5月、9月) (腎臓病：3月、7月、11月)		第2希望	初回	平成	年	月	開始
患者さん	氏名等	フリガナ () 氏名： 様		貴院のID () 性別 男・女			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月	日生	(歳)
	電話	()		—	(呼出 様方)		
	住所	〒					

※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のでご了承ください。
- 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。

*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
--------	------	--	--------	--	--------------