

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

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
(糖尿病 : 1月、5月、9月) (腎臓病 : 3月、7月、11月)		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 : 様					
	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できない場合や、次回以降お受けできない場合があります。
- ・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。

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