

名古屋市立大学医学部附属 みどり市民病院  
糖負荷試験(75g ブドウ糖試験)予約申込票

地域医療連携センター行  052-892-1315  052-892-1334

検査は、火曜・木曜(祝日を除く)の午前中です。

お申し込みは、希望日の 14 日前までになります。

申込み受付時間 平日 8:45~17:00 土曜日 9:00~13:00

申込日 令和 年 月 日

|        |     |
|--------|-----|
| 医療機関名  |     |
| 所在地    | 〒   |
| 担当医    |     |
| 電話番号   | - - |
| FAX 番号 | - - |

注意点

- ・診療情報提供書が別途必要です
- ・検査日は朝食を摂らず、前日はなるべく早く(遅くとも 21 時までに)夕食をすませていただきます。
- ・当日朝の内服薬を服用するかどうかは、先生方より患者さんにお伝えください。
- ・予約をとりましたら『血糖負荷試験を受けられる方へ』を FAX します。患者さまへお渡しください。
- 当日はその用紙を内科窓口へお出しください。
- ・診療情報提供書を検査前日までに FAX ください。
- 結果は 7 日程度で郵送します。
- ・当院で栄養指導も行っておりますので、必要時は地域医療連携センターへお問合せください。

|        | 投与前 | 30 分後 | 60 分後 | 120 分後 |                                                                         |
|--------|-----|-------|-------|--------|-------------------------------------------------------------------------|
| 血糖値    | ○   | ○     | ○     | ○      | 測定項目は、ブドウ糖投与前、30 分後、60 分後、120 分後の血糖値とインスリン値、およびそこから算出されるインスリン分泌指数になります。 |
| インスリン値 | ○   | ○     | ○     | ○      |                                                                         |

|      |        |              |                                           |
|------|--------|--------------|-------------------------------------------|
| 希望日時 | 第 1 希望 | 令和 年 月 日 ( ) | 予約の空き状況により希望に添えない場合がございます<br>あらかじめご了承ください |
|      | 第 2 希望 | 令和 年 月 日 ( ) |                                           |

|              |      |                                                           |                     |                                                                         |
|--------------|------|-----------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ<br>患者氏名 |      | 男<br>女                                                    | 生年<br>月日            | 大 昭 年 月 日<br>平 令 ( 歳)                                                   |
| 住所           | 〒 -  | TEL                                                       | *日中に連絡がつく番号をご記入ください |                                                                         |
|              |      |                                                           | 自宅                  | - -                                                                     |
| 受診状況         | 貴院には | <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 | (貴院 ID; )           |                                                                         |
|              |      |                                                           | 当院には                | <input type="checkbox"/> 受診歴あり (当院 ID; ) <input type="checkbox"/> 受診歴なし |