



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 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 患者氏名		男 女	生年 月日	大 昭 年 月 日 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	- -
			携帯	- -
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		