

富士宮市立病院 じんぞう病教室参加申込書

医院名 _____

紹介医 _____

送信日 年 月

フリガナ				
紹介患者氏名				
生年月日	T・S・H	年	月	日
住所	〒			
	電話 () -			
検査結果	年	月	日	月
	eGFR			
	血清クレアチニン			
	HbA1c			
	尿タンパク	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
	血圧			
※検査データはFAXがあれば記入不要です。可能であれば6ヶ月毎の長期のデータをお願いします。				
身長・体重	□身長()cm 体重()kg			
生活環境	□じんぞう病教室同伴者 (患者さん以外で1名までとして下さい。)			
	有 ・ 無 (有の場合は患者さんとの関係:)			
	□ADL			
	独歩 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ・ その他 ()			
□既往歴				
糖尿病 ・ 高血圧 ・ 脳血管障害 ・ 癌 ・ その他 ()				
□難聴				
有 ・ 無 ・ 補聴器使用 ・ その他 ()				

TEL 0544-27-3191

FAX 0544-27-3192

