

皮下連続式糖測定検査依頼書

（神戸掖済会病院 紹介用）
保険証は必ずご持参下さい。

医療機関名

紹介医師名

フリガナ	様 男・女			神戸掖済会病院受診歴	
氏名				有(ID.) 無	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(歳)
住所	〒				
	Tel 自宅 ()		-	携帯電話 () -	
*ご予約は月曜日～金曜日の14時と15時となっております。					
検査希望日： 第一希望 月 日 第二希望 月 日					
希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 ()					

検査目的

治療方針測定のための1型糖尿病

低血糖発作を繰り返す2型糖尿病

↑↑↑ 必ず、どちらかを選択して下さい。 ↑↑↑

食事内容の聞き取り(栄養指導)

希望しない

希望する

皮下連続式糖測定検査の結果と照らし合わせ、食事内容について相談いたします。
(食事内容聞き取りのご予約は検査開始2週間後の午後とさせていただきます。ご了承下さい。)

禁忌事項

- * 検査期間中は、MRI、CT、レントゲンなどの検査は受けられません。
- * 6歳未満の子供
- * 妊娠中の方
- * 透析されている方