

世界糖尿病デーFAX申し込み用紙

申し込み日 2019年 月 日

フリガナ			
氏名			
年齢	歳	性別	男 ・ 女
住所	〒 -		
	県		
電話番号	-	-	

下記の質問にお答えください

①糖尿病と言われたことがありますか？

はい（内服治療中・インスリン治療中） ・ いいえ

②インスリン治療中の方へ

何時ごろ注射をしていますか？

朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前

申し込み期間 10月1日～10月31日 17時まで

FAX 058-382-1762

担当 東海中央病院糖尿病ケアチーム