

様式第1号（第7条関係）

大田原市糖負荷検査申込書

糖負荷検査の趣旨、検査内容等について了承の上、糖負荷検査を受けたいので、大田原市糖尿病予防に関する検査実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。

		申込日	年 月 日
氏 名		性 別	男・女
生年月日	年 月 日（ 歳）		
住 所			
電話番号			
血糖値等の検査結果	検査日	年 月 日	
	検査機関名		
	空腹時血糖	mg/dl	
	随時血糖	mg/dl	
	HbA1c	%	
現在治療中の病気の有無	有・無	（有の場合） 疾患名 医療機関名 服薬の状況（内服している薬）	

※健康診断等の血液検査の結果の写しを添付してください。