

SMBG 貸出依頼書

ID

氏名 _____ 様

生年月日 _____ 性別 _____

依頼元 _____ 科 _____ 病棟

依頼医 _____ 内線 (MPS) _____

依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 必要事項をご記入ください

診断名	糖尿病(1型・2型) その他(_____)
使用機器	1. グルテストエブリ 2. その他 (メディセーフフィット・フィットボイス) * メディセーフフィットボイスの場合、事前にご連絡ください。
使用についての指導	不要・必要 (本人・家族・その他 _____)
コメント欄	<p>* 注意事項等ありましたらお書きください。</p>

1階 中央採血室にご提出ください。(入院;月~金 13:00~16:00 / 外来;適宜)

受取者サイン _____ / 貸出者サイン _____

(S/N _____)

連絡先 臨床検査部 中央採血室 内線 2746・7197

平成 27 年 8 月 1 日改訂