

糖尿病データベース協力アンケート回答用紙

- 病院名 :
- 病院住所 :
- 科名 :
- DM代表者名 :
- アンケート回答者名 :
- 電話番号 :
- FAX 番号 :
- メールアドレス :
- 病床数 :
- 全糖尿病患者フォロー数 : 約.....名

- 眼科の有無 : [あり ・ なし]
眼底4 方向撮影* [可 ・ 不可]
- 歯科の有無 [あり ・ なし]
パノラマ撮影* [可 ・ 不可]
口腔検査報告書* [可 ・ 不可]

※ [] 内はいずれかに○印
をつけて下さい。

* は必須項目ではありません。
可能であればお願いします。

- 食事調査票 (3ページ) * [可 ・ 不可] 患者様記入用
○国際身体活動調査票 (1ページ) * [可 ・ 不可] 患者様記入用

(調査票はホームページからご確認いただけます。食事調査票についてはデータセンターまでお問い合わせ下さい。)

- 登録可能患者数 :名

■備考 : (質問、連絡事項など)

.....

.....

.....