

横浜市立大学附属市民総合医療センター 臨床検査部・輸血部・病理部	制定日:2018/3/26 最新改訂日:2020/05/01
SMBG 貸出依頼書	RE-060-0016
	第2版 Page 1 / 1

SMBG 貸出依頼書

ID

氏名
(カタカナ表記)

依頼元 _____ 科 _____ - _____ 病棟

生年月日 _____ 性別 _____ 依頼医 _____

依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 内線 (MPS) _____

* 必要事項をご記入ください

診断名	糖尿病 (1 型・2 型・妊娠糖尿病) その他 (_____)
使用機器	1. アキュチェックガイド 2. メディセーフフィットスマイル 3. フリースタイルリブレリーダー(払出しのみ)
採血室での 使用指導	不要 ・ 必要 (本人・家族・その他 _____)
コメント欄 * 注意事項等ありましたら お書き下さい	

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