**インスリンポンプ取扱い医療機関・情報掲載申込書**

**必要事項をご記入の上、糖尿病ネットワーク編集部宛FAX（03-5521-2883）にてお申込みください。掲載準備が整い次第、E-mailで確認のご連絡をいたします。ホームページの専用フォームからもご登録いただけます。**[**http://www.dmnet.co.jp/pumpfile/medical/entry.php**](http://www.dmnet.co.jp/pumpfile/medical/entry.php)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CSII療法について**（数はわかる範囲、公開可能な範囲で結構です） | | | | | |
| **糖尿病患者数（年間）** | 1型　　　　名、2型　　　　　名、その他　　　　名 | | | |
| **インスリン療法患者数（年間）** | 約　　　　　名 | **CSII導入可能**  **対象者**  （◯をつけてください） | | ・1型糖尿病  ・2型糖尿病  ・妊娠糖尿病  ・小児／ヤング  ・透析患者  ・その他  （　　　　　　　） |
| **CSII使用患者数** | 約　　　　　名 |
| **CSII新規導入数（年間）** | 約　　　　　名 |
| **CSII導入数（累計）** | 約　　　　　名 |
| **CSII取扱年数** | 約　　　　　年 |
| **CGM取扱い** | 有・導入予定・無 |
| **SAP取扱い** | 有・導入予定・無 | **CSII導入方法** | | 入院・外来 |
| **小児慢性特定疾患治療研究事業(医療費助成）** | | | 有 　・ 　相談可　　・　無 | | |
| **導入に関わるスタッフ**  （◯をつけてください） | 医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ 栄養士 ・ 理学療法士  臨床心理士 ・ 糖尿病療養指導士 ・ 糖尿病認定看護師  臨床検査技師 ・ その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| **貴院について** | | | | | |
| **医療機関名・診療科** | **名称／**  **診療科／** | | | |
| **ご住所** |  | | | |
| **電話番号** | （　　　　　　） | | | |
| **ホームページURL** | http//: | | | |
| **担当者ご連絡先（掲載ページ確認のご連絡等）** | | | | | |
| **ご担当者部署・**  **ご担当者名** | **部署：** | | | |
| **掲載確認ご連絡用**  **E-mailアドレス** | ＠ | | | |