

【注意事項】

・運動療法を安全に実施するため、朝ご自宅で血圧測定ができる方は、受付時に当日の測定結果をお知らせください。

・糖尿病教室参加時に体調が悪くなった場合や、運動による痛みが発生した場合には、速やかにお知らせください。当院にて治療・対応いたします。

・糖尿病教室中に災害等発生した場合、お近くのスタッフの指示に従うようお願いいたします。

上記に同意いただける場合は、糖尿病教室にお申し込みください。

糖尿病教室 申込書

ふりがな 氏名		生年 月日	西暦	年	性別	
			月	日		
電話番号						
住所						

糖尿病教室

日時 2026年6月22日(月)
10:00~11:30

場所 小林病院 8階 患者食堂

内容 糖尿病の合併症について(糖尿病専門医)
続けやすい運動について(理学療法士)
間食について(管理栄養士)
日常生活における血糖管理について(看護師)



予約・お問い合わせ先

医療法人小林病院

〒250-0011 神奈川県小田原市栄町 1-14-18

TEL:0465-22-3161

定員:20名前後



当院は糖尿病専門医(大西哲郎医師)が在職しております
糖尿病についてわかりやすく説明します

運動療法事前アンケート (申込時にご記入ください)

申込書は裏面にあります

【体調について】	【指摘されたことがある】
<input type="checkbox"/> 息切れしやすい	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> 胸が急に痛くなる	【運動習慣】
<input type="checkbox"/> 痛い場所がある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
(場所: _____)	(週: _____ 回 内容: _____)