



ใบสมัครโครงการประกวด

สุดยอดคนเบาหวาน : ชีวิตยืนยาว สุขภาพดี มีความสุขกับเบาหวาน

“Ultimate Diabetes : Live Strong, Long Life with Diabetes”

(กรอกโดยผู้เป็นเบาหวาน)

ชื่อ-นามสกุล.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....วันเดือนปีเกิด.....(แนบสำเนาบัตรประชาชน)

อายุ..... ปี อาชีพ..... ปัจจุบันรักษาที่โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ชื่อแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลในปัจจุบัน

เป็นเบาหวานมานาน.....ปี

ท่านมีโรคร่วมต่อไปนี้หรือไม่

ความดันโลหิตสูง มี ไม่มี

ไขมันในเลือดผิดปกติ มี ไม่มี

โรคเบาหวานจอตา มี ไม่มี

โรคไตจากเบาหวาน มี ไม่มี

โรคระบบประสาทส่วนปลาย ชาเท้า มี ไม่มี

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มี ไม่มี

โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต มี ไม่มี

เคล็ดล้มในการมีสุขภาพดี.....

.....

.....

การมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในบ้านในการรักษา.....

ยาทั้งหมดที่ใช้ในปัจจุบัน

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ให้ข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....