

意願調查單

本局擬與各眼科醫療院所於114年6月1日至6月30日，辦理114年度宜蘭縣糖尿病暨慢性病照護網活動－糖尿病友視網膜篩檢活動～「護眼行動月」，以服務蘭陽地區糖尿病友，除「宜蘭縣糖尿病暨慢性病照護網」之認證醫師所照護之糖尿病友外，亦擴展至全縣各醫療院所照護之糖友，敬邀貴醫療院所踴躍參加，並於4月30日前將此意願調查單回覆本局，俾利彙整相關資料。

此致
貴院所

宜蘭縣政府衛生局
聯絡人：陳雅雯
聯絡電話：9322634#2306
傳真電話：9360855



宜蘭縣糖尿病暨慢性病照護網活動－ 糖尿病友視網膜篩檢～「護眼行動月」回覆單

醫療院所名稱：_____聯絡人：_____電話：_____

☐ 同意，願意參加此活動

目前照護糖尿病人數約_____人

所需糖尿病患視網膜篩檢轉診單，數量_____本（25份/本）。

散瞳須知，數量_____本（25份/本）。

☐ 已有合作之眼科院所：_____ ☐ 無特定合作之眼科院所

|

☐ 不同意

建議：_____

敬請於114年4月30日前將此回覆單回覆本局，謝謝您的合作！