

Sıra No:	Hastanın Adı Soyadı	Yaşı	Eğitimi	Telefon Numarası (Eğer bir yakınının numarası ise yakınlık derecesi ve adı)	Adresi	Diyabet Türü	İnsülin Kullanıyor mu?	Kullandığı Diyabetik ilaç ve dozu
						<input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Erişkin <input type="checkbox"/> Gestasyonel	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
						<input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Erişkin <input type="checkbox"/> Gestasyonel	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
						<input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Erişkin <input type="checkbox"/> Gestasyonel	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
						<input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Erişkin <input type="checkbox"/> Gestasyonel	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
						<input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Erişkin <input type="checkbox"/> Gestasyonel	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
						<input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Erişkin <input type="checkbox"/> Gestasyonel	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
						<input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Erişkin <input type="checkbox"/> Gestasyonel	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
						<input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Erişkin <input type="checkbox"/> Gestasyonel	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
						<input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Erişkin <input type="checkbox"/> Gestasyonel	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	